

ヤマハ健康保険組合理事長 殿

◎ 太枠欄のみ記入してください。(網掛け 部分を除く)

★の番号は、任継移行時は記入不要です。

任意継続用健康保険被扶養者(異動)届

この届出は、移動のあった日より「5日以内」に提出してください。
ただし、任継移行の場合は、任意継続資格取得申請書と一緒に提出してください。

| 健 保 使 用 欄 | | | | |
|-----------|------|-----|-------|-----|
| 承認 伺 | 常務理事 | 事務長 | 担当責任者 | 扱 者 |
| | | | | |

| | | | |
|--|----------|------------------------|--------------|
| 提出日 | 平成 年 月 日 | | |
| 被保険者証 | 記号 | ★ 番号 | |
| | 98 | | |
| 被保険者氏名 | フリガナ | 任意継続被保険者(新たな扶養申請・任継移行) | |
| | | 資格取得年月日 | 平成 年 月 日 |
| 被保険者住所 | (〒 -) | TEL | - - |
| | | | |
| 性別 | 男・女 | 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日生 |
| ※被保険者の他に就労しているご家族があり扶養の付替えができない場合の理由 名前: 続柄: (複数の場合も記入してください) | | | 標準報酬月額 千円 |

| 届出区分 | 被扶養者氏名 | 生年月日 | 性別 | 続柄 | ※職業 ※年 収 | ※被保険者 との同別居 | ※扶養すること となった年月日 | 扶養しなくなった年月日 (死亡の時は死亡日の翌日を記入) | 扶養することとなった理由 又は扶養しなくなった理由 | 健保記入欄 |
|-----------------------------|-------------|-------|-----|-------|-------------|----------------|--------------------|---------------------------------|--|----------------|
| 増 減 | フリガナ 昭・平 | 年 月 日 | 男・女 | 同居・別居 | | 同居・別居 | 平成 年 月 日 | 平成 年 月 日 | 増の理由...任継移行・出生・結婚・離職 雇用条件変更 減の理由...就職・死亡・収入増 その他の理由 | 証明書交付 取得・喪失 |
| ※住所(〒 -) □ 被保険者と同じ TEL - - | | | | | 個人番号(1279) | | | | 証送納日 | |
| 増 減 | フリガナ 昭・平 | 年 月 日 | 男・女 | 同居・別居 | | 同居・別居 | 平成 年 月 日 | 平成 年 月 日 | 増の理由...任継移行・出生・結婚・離職 雇用条件変更 減の理由...就職・死亡・収入増 その他の理由 | 証明書交付 取得・喪失 |
| ※住所(〒 -) □ 被保険者と同じ TEL - - | | | | | 個人番号(1279) | | | | 証送納日 | |
| 増 減 | フリガナ 昭・平 | 年 月 日 | 男・女 | 同居・別居 | | 同居・別居 | 平成 年 月 日 | 平成 年 月 日 | 増の理由...任継移行・出生・結婚・離職 雇用条件変更 減の理由...就職・死亡・収入増 その他の理由 | 証明書交付 取得・喪失 |
| ※住所(〒 -) □ 被保険者と同じ TEL - - | | | | | 個人番号(1279) | | | | 証送納日 | |
| 増 減 | フリガナ 昭・平 | 年 月 日 | 男・女 | 同居・別居 | | 同居・別居 | 平成 年 月 日 | 平成 年 月 日 | 増の理由...任継移行・出生・結婚・離職 雇用条件変更 減の理由...就職・死亡・収入増 その他の理由 | 証明書交付 取得・喪失 |
| ※住所(〒 -) □ 被保険者と同じ TEL - - | | | | | 個人番号(1279) | | | | 証送納日 | |

◎ 新たな扶養申請の場合は認定対象者が現在加入している健康保険証コピー、既に他健保を脱退された方は脱退証明書(喪失証明)を添付してください。

◎ マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票写し等)」及び「身元確認書類(運転免許証又はパスポートのコピー等)」が必要です。また、送付の際は、記載の残る「郵便書留等」で送付してください。

◎ その他添付書類については、添付書類一覧表でご確認ください。

◎ 続柄は、「妻・長男・養子・義母・養父」等と記入してください。

◎ 減申告の場合...該当者の保険証を必ず添付してください。(就職の場合、就職先の保険証写しも添付) ※印欄は記入不要です。

健保記入欄

入力年月日 平成 . .
証処理年月日 平成 . .

健保受付印