

健康保険 任意継続被保険者 被扶養者(異動)届

被 保 険 者 欄	健康保健被保険者等		被保険者の氏名		生 年 月 日		性別	異動の別	資格取得年月日		標準報酬月額				
	記号	番号	(フリガナ)		昭 平 成 令 和	年 × × × × × ×	月 × × × × × ×	日 × × × × × ×	男 ・ 女	追加 ・ 削除	平 成 令 和	年 × × × × × ×	月 × × × × × ×	日 × × × × × ×	△△△  千円
	700	7000	(氏) 健康	(名) 太郎	印										
	被保険者の住所 〒135-0091 東京都港区台場×-×		被扶養者でない配偶者を有するときに記入してください。												
			配偶者の年間収入					被保険者の年間収入							
		円					円								

被 扶 養 者 欄	増加又は 増減の別	被扶養者の氏名		生 年 月 日		性別	続柄	被扶養者になった日		被扶養者でなくなった日		職業 収入	被扶養者になった理由 又は除かれた理由	同居別居の別	資格確認書等 回収区分						
	増 ・ 減	(フリガナ) ケンコウ (氏) 健康	(名) ハナコ 花子	大正 昭 平 成 令 和	年 × × × × × ×	月 × × × × × ×	日 × × × × × ×	男 ・ 女	妻	平 成 令 和	年 × × × × × ×	月 × × × × × ×	日 × × × × × ×	平 成 令 和	年 × × × × × ×	月 × × × × × ×	日 × × × × × ×	主婦 △△△ 円	新規取得	同 居 ・ 別 居	添 付 返 不 能 滅 失
	増 ・ 減	(フリガナ) ケンコウ (氏) 健康	(名) イチロウ 一郎	大正 昭 平 成 令 和	年 × × × × × ×	月 × × × × × ×	日 × × × × × ×	男 ・ 女	子	平 成 令 和	年 × × × × × ×	月 × × × × × ×	日 × × × × × ×	平 成 令 和	年 × × × × × ×	月 × × × × × ×	日 × × × × × ×	小学生 △△△ 円	新規取得	同 居 ・ 別 居	添 付 返 不 能 滅 失
	増 ・ 減	(フリガナ) (氏)	(名)	大正 昭 平 成 令 和	年 × × × × × ×	月 × × × × × ×	日 × × × × × ×	男 ・ 女		平 成 令 和	年 × × × × × ×	月 × × × × × ×	日 × × × × × ×	平 成 令 和	年 × × × × × ×	月 × × × × × ×	日 × × × × × ×			同 居 ・ 別 居	添 付 返 不 能 滅 失
	増 ・ 減	(フリガナ) (氏)	(名)	大正 昭 平 成 令 和	年 × × × × × ×	月 × × × × × ×	日 × × × × × ×	男 ・ 女		平 成 令 和	年 × × × × × ×	月 × × × × × ×	日 × × × × × ×	平 成 令 和	年 × × × × × ×	月 × × × × × ×	日 × × × × × ×			同 居 ・ 別 居	添 付 返 不 能 滅 失
	増 ・ 減	(フリガナ) (氏)	(名)	大正 昭 平 成 令 和	年 × × × × × ×	月 × × × × × ×	日 × × × × × ×	男 ・ 女		平 成 令 和	年 × × × × × ×	月 × × × × × ×	日 × × × × × ×	平 成 令 和	年 × × × × × ×	月 × × × × × ×	日 × × × × × ×			同 居 ・ 別 居	添 付 返 不 能 滅 失

SMBCコンシューマーファイナンス健康保険組合 理事長 殿

令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日提出

常務理事	事務長	担当者	認定(削除) 年月日	平成・令和 年 月 日	受付印