

被扶養者(変更)届

退職し、今まで扶養であった家族を引き続き扶養に入れられる場合にご提出ください。
原則、証明書類は省略となります。

健康組合
長 担当

被 保 険 者	記号	被保険者証番号
	999	123456
	所 属	株式会社〇〇〇
	氏 名	健保 太郎

令和 年 月 日

【配偶者の年間収入に関する事項】(被保険者と配偶者のどちらの被扶養者に認定するのが適正なのかを確認するため。)

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。——配偶者の収入(年収) 〇円

任意継続「の例

1	被扶養者氏名		性別	続柄	生年月日			
	カナ	ケンボ ハナコ		女	妻	(昭)平・令 〇年 〇月 〇日		
	漢字	健保 花子						
	住所	〒111-1111 △△市〇〇区〇△町1-2-3-4			個人番号(12桁)			
	取得喪失の別	職業	平均収入年額	健保扶養	家族手当	所得税扶養	同居区分	障害者区分
	(取得)・喪失	無職	0 円	(有)・無	(有)・無	(有)・無	(同)・別	有()・無()
①扶養する②扶養しなくなった に至った理由			事由発生年月日		認定年月日			
任意継続取得のため			令和〇年〇月〇日		年 月 日			

健保組合使用欄

2	被扶養者氏名		性別	続柄	生年月日			
	カナ					昭・平・令 年 月 日		
	漢字							
	住所				個人番号(12桁)			
	取得喪失の別	職業	平均収入年額	健保扶養	家族手当	所得税扶養	同居区分	障害者区分
	取得・喪失		円	有・無	有・無	有・無	同・別	有・無
①扶養する②扶養しなくなった に至った理由			事由発生年月日		認定年月日			
					年 月 日			

3	被扶養者氏名		性別	続柄	生年月日			
	カナ					昭・平・令 年 月 日		
	漢字							
	住所				個人番号(12桁)			
	取得喪失の別	職業	平均収入年額	健保扶養	家族手当	所得税扶養	同居区分	障害者区分
	取得・喪失		円	有・無	有・無	有・無	同・別	有・無
①扶養する②扶養しなくなった に至った理由			事由発生年月日		認定年月日			
					年 月 日			

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	



受付印

レゾナック健康保険組合