

任意継続被保険者 被扶養者異動届

※被扶養者に異動があったときは、事実発生日より5日以内に提出してください。

| | | | |
|------|--|----|----|
| 常務理事 | | 担当 | 担当 |
| | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|----------------------------|--|--|--|-----|-------|--|----------|---|---|---|--------|
| 被 保 険 者 欄 | 被 保 険 者 証 | | | | | | | | | | | |
| | 記号 | | | | 番号 | | | | | | | |
| | 氏名 | 刀がナ (氏) | | | (名) | | | 生 年 月 日 | | | | 性別 |
| | | | | | | | | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 | 男 女 |
| | 住民票 住所 | 〒 - <input type="checkbox"/> 住民票住所は居所住所と同じ | | | | | | | | | | |
| 居所 住所 | 〒 - ※住民票住所と異なる場合のみ記入してください | | | | | | | | | | | |
| TEL | | | | | | Email | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|-----------------|---|----|-----|---|-------|--------|----------------|--------|------|---|--|----|------|--|--|--|------|--|--|--|
| 被 扶 養 者 欄 1 | 申請する家族の氏名 | | | | | | | | | | | | 性別 | 生年月日 | | | | 個人番号 | | | |
| | 刀がナ (氏) | | | (名) | | | 男 女 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | |
| | 住民票 住所 | 1.同居 〒 - 2.別居 <input type="checkbox"/> 住民票住所は居所住所と同じ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 居所 住所 | 1.同居 〒 - 2.別居 ※住民票住所と異なる場合のみ記入してください | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 該当 | 被扶養者にな った日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 続柄 | 職業・学校 | 収入(年収) | 認定理由 | | | | | | | | | | | |
| 非該当 | 被扶養者で なくなった日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 不該当理由 | | 備考 | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|-----------------|---|----|-----|---|-------|--------|----------------|--------|------|---|--|----|------|--|--|--|------|--|--|--|
| 被 扶 養 者 欄 2 | 申請する家族の氏名 | | | | | | | | | | | | 性別 | 生年月日 | | | | 個人番号 | | | |
| | 刀がナ (氏) | | | (名) | | | 男 女 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | |
| | 住民票 住所 | 1.同居 〒 - 2.別居 <input type="checkbox"/> 住民票住所は居所住所と同じ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 居所 住所 | 1.同居 〒 - 2.別居 ※住民票住所と異なる場合のみ記入してください | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 該当 | 被扶養者にな った日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 続柄 | 職業・学校 | 収入(年収) | 認定理由 | | | | | | | | | | | |
| 非該当 | 被扶養者で なくなった日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 不該当理由 | | 備考 | | | | | | | | | | | | | |

注意事項

- 被扶養者の認定をするときは「該当」欄、削除をするときは「非該当」欄に必要事項を記入してください。
- 該当(不該当)理由には「出生、就職」等詳しくご記入ください。
- 原則、満16歳以上の方は添付書類が必要です。必要書類については当組合までお問い合わせください。
- 申請書に記入漏れがある場合や、添付書類に不備・不足がある場合は、認定ができないことがあります。
- 削除日以降に対象の方が被保険者証を使用した場合には、当組合が負担した医療費等について、後日請求し返納していただきます。
- 後期高齢者医療制度の適用を受けている方(75歳以上の方、または65歳以上75歳未満で寝たきり等の理由によりその適用を受けている方)については認定できません。

受 付 印

送付・お問い合わせ先

トータルビューティー健康保険組合

612-8053 京都府京都市伏見区東大手町763 若由ビル3階

TEL 075-623-4153