

任意継続被保険者  
健康保険 被扶養者（異動）届

常務理事	事務長	部長	課長	課長補佐	係長	主任	係

令和 年 月 日提出

◎ 記入事項を訂正する際は記入者の訂正印(サイン可)が必要になります。

被保険者欄	被保険者番号							氏名	(フリガナ) (氏名)	性別	1.男 2.女	
	生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	取得年月日	9.令和	年	月	日	受理後の被扶養者数	名
	住所	〒										

被扶養者欄 1	増加減少	増	減	氏名	(フリガナ) (氏名)	性別	1.男 2.女	続柄		住所	1.同居 2.別居
	職業				理由	1.被保険者加入 3.就職 5.その他 2.出生 4.死亡 (月 日) [ ]					
	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月		日	扶養を始めた日 又はしなくなった日	9.令和	年	月	日

被扶養者欄 2	増加減少	増	減	氏名	(フリガナ) (氏名)	性別	1.男 2.女	続柄		住所	1.同居 2.別居
	職業				理由	1.被保険者加入 3.就職 5.その他 2.出生 4.死亡 (月 日) [ ]					
	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月		日	扶養を始めた日 又はしなくなった日	9.令和	年	月	日

被扶養者欄 3	増加減少	増	減	氏名	(フリガナ) (氏名)	性別	1.男 2.女	続柄		住所	1.同居 2.別居
	職業				理由	1.被保険者加入 3.就職 5.その他 2.出生 4.死亡 (月 日) [ ]					
	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月		日	扶養を始めた日 又はしなくなった日	9.令和	年	月	日

◎      部分を全てご記入ください。

◎ 被扶養者を継続して扶養する場合は現況書・各証明書を添付の上、申請してください。  
※中学生以下の実子の方は現況書は必要ありません。  
※各証明書については『任意継続被保険者資格取得の手続きについて』をご覧ください。

◎ 被扶養者を削除の場合は「資格確認書」（発行者のみ）を添付の上、申請してください。

◎ ご不明な点は健保までお問い合わせください。

石油製品販売健康保険組合 適用課 Tel 03-3265-3201

受 付 印

石油製品販売健康保険組合

# 現 況 書

1. あなた(被保険者)の現況 ◆ この現況書は中学生以下の実子の方は必要ありません。

◎ 記入事項を訂正する際は記入者の訂正印(サイン可)が必要になります。

あなた(被保険者)と同居している人数	名
--------------------	---

※夫婦共稼ぎでお子様のみ加入される場合は、収入の多い方の被扶養者となりますので  
配偶者の方が加入されている健康保険に変更となります。

2. 今回申請する方(被扶養者)の現況

氏 名		年 齢	住 所	別居の場合 住所を記載して下さい。		
申請者1			同居 才 別居	〒		
	各種年金	有・無	円	円	【月収合計】	
	パート・アルバイト	有・無				
	雇用保険	有・無	A.受給中 (日額 円) B.申請中 受給予定( 年 月) C.受給しない (理由 再就職希望なし・雇用保険未加入・ 加入期間不足・その他『 』)			
	その他	有・無	自営業・不動産・投資等 傷病手当金・出産手当金	円	円	

氏 名		年 齢	住 所	別居の場合 住所を記載して下さい。		
申請者2			同居 才 別居	〒		
	各種年金	有・無	円	円	【月収合計】	
	パート・アルバイト	有・無				
	雇用保険	有・無	A.受給中 (日額 円) B.申請中 受給予定( 年 月) C.受給しない (理由 再就職希望なし・雇用保険未加入・ 加入期間不足・その他『 』)			
	その他	有・無	自営業・不動産・投資等 傷病手当金・出産手当金	円	円	

あなた(被保険者)と別居の場合 ◆ 手渡しは被扶養者となれません。送金証明書を3か月分必ず添付して下さい。

別居の理由	A. 単身赴任 B. 通学困難 C. その他 ( )				
送金方法	A. 銀行または郵便振込	B. 現金書留	送金額	毎月	円
同居者について	有・無	続柄 ( )	同居者からの援助	有・無	毎月 円

上記の通り相違ありません  
年 月 日

必ずご署名ください

氏 名