

健康保険 任意継続被保険者 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	健保証番号			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
	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			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	理由	1.被保険者加入 2.出生 3.就職 4.死亡 (月日) 5.その他

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			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	理由	1.被保険者加入 2.出生 3.就職 4.死亡 (月日) 5.その他

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			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	理由	1.被保険者加入 2.出生 3.就職 4.死亡 (月日) 5.その他

◎ 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。
※15歳以下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保険証を添付の上、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

現 況 書

1. あなた(被保険者)の現況 ◆ この現況書は15歳以下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	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
							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	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
							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

氏 名