

# 健康保険任意継続被扶養者(異動)届

東洋アルミニウム健康保険組合

〒581-0082 大阪府八尾市相生町4-8-1

常務理事	事務長	係員

記号	番号	被保険者氏名 ※自署の場合押印不要	生年月日		
		①	<input type="text"/> 昭和	<input type="text"/> 平成	年 月 日

手続きの内容	被扶養者氏名	続柄	生年月日		
<input type="checkbox"/> 扶養の追加 <input type="checkbox"/> 扶養の削除			<input type="text"/> 昭和	<input type="text"/> 平成	年 月 日

扶養の追加	職業	収入	同居・別居の別		住所(同居の場合は記入不要です)	
	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 年金受給者 <input type="checkbox"/> 中学生以下 <input type="checkbox"/> 高・大学生 <input type="checkbox"/> その他.	<input type="checkbox"/> 収入なし <input type="checkbox"/> 130万円未満 <input type="checkbox"/> 130~180万円未満 <input type="checkbox"/> 180万円以上	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	〒 _____		
	↓ ※別居の場合に記入		被扶養者になった日			
	年間仕送額	年間仕送回数	令和	年	月	日
	万円	回				

扶養の削除	被扶養者でなくなった理由		お住まいの都道府県名	被扶養者でなくなった日	
	<input type="checkbox"/> 就職・収入増加 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他. ※就職の場合は「資格情報のお知らせ」のコピーを添付してください	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療(75歳到達) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療(障害認定)		令和	年

※上記事由以外での被扶養者の追加・削除の場合、この書類の提出は不要です。  
 ※資格確認書を紛失された場合は「回収不能届」をご提出ください。

受付印