

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
81	●●●●	東洋 太郎 印	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 4 0 年 1 0 月 1 1 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 checked="" type="checkbox"/> 扶養の削除	東洋 太郎	長男	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 0 4 年 0 8 月 2 6 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	〒 _____	
			年間仕送額	被扶養者になった日	
			万円	年間仕送回数	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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 checked="" 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 _____ 月 _____ 日

※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