

加入

フジクラ健康保険組合 御中

任意継続被保険者 被扶養者異動届

※「保険証」及びその他交付物(限度額適用認定証・高齢受給者証等)を添付して提出して下さい。

【被保険者】				フリガナ	申請日	令和 4 年 8 月 1 日
フリガナ	フジクラ			タロウ		
保険証記号	101	番号	1234	氏名	藤倉 太郎	
住所	〒○○○-○○○			電話番号 ○○-○○○○-○○○		
東京都江東区 001-1 ○○マンション 101						

【今回届け出たい被扶養者①】

フリガナ	フジクラ ハナコ		続柄	妻		
氏名	藤倉 花子					
異動区分	<input checked="" type="checkbox"/> 加入			<input type="checkbox"/> 脱退		
異動の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 収入減少 → 健保で認定した日 <input type="checkbox"/> 結婚 → 婚姻日 <input type="checkbox"/> 出生 → 出生日 <input type="checkbox"/> その他 → 健保へ確認 ()			<input type="checkbox"/> 就職 → 新しい保険証の認定日 <input type="checkbox"/> 結婚 → 婚姻日 <input type="checkbox"/> 死亡 → 死亡した日の翌日 <input type="checkbox"/> その他 → 健保へ確認 ()		
異動日	令和 4 年 7 月 1 日			令和 年 月 日		

【今回届け出たい被扶養者②】

フリガナ			続柄			
氏名						
異動区分	<input type="checkbox"/> 加入			<input type="checkbox"/> 脱退		
異動の理由	<input type="checkbox"/> 収入減少 → 健保で認定した日 <input type="checkbox"/> 結婚 → 婚姻日 <input type="checkbox"/> 出生 → 出生日 <input type="checkbox"/> その他 → 健保へ確認 ()			<input type="checkbox"/> 就職 → 新しい保険証の認定日 <input type="checkbox"/> 結婚 → 婚姻日 <input type="checkbox"/> 死亡 → 死亡した日の翌日 <input type="checkbox"/> その他 → 健保へ確認 ()		
異動日	令和 年 月 日			令和 年 月 日		

	加入	脱退
注意事項	先に被扶養者認定を受けて下さい。	異動日以降に当健保の保険証で医療機関にかかった場合の医療費は健保が立替えているため後日請求いたします。

健保受領印欄

常務理事	事務長	担当