

## 健康保険 任意継続被保険者 被扶養者(異動)届

被 保 険 者 欄	健康保健被保険者証		被保険者の氏名		生年月日		性別	異動の別	資格取得年月日			標準報酬月額	
	記号	番号	(フリガナ)		昭和 平成 令和	年 月 日	男 ・ 女	追加 ・ 削除	平成 令和	年 月 日			
			(氏)	(名)									千円
	被保険者の住所		〒		被扶養者でない配偶者を有するときに記入してください。			配偶者の年間収入		被保険者の年間収入			
				円		円							

増加又は 増減の別	被扶養者の氏名		生年月日		性別	続柄	被扶養者になった日		被扶養者でなくなった日		職業 収入	被扶養者になった理由 又は除かれた理由	同居別居の別	被保険者証 回収区分
											円			
増 ・ 減	(フリガナ)		大正 昭和 平成 令和	年 月 日	男 ・ 女		年 月 日	平成 令和	年 月 日	円		同居 ・ 別居	添付 返不能 滅失	
	(氏)	(名)												
増 ・ 減	(フリガナ)		大正 昭和 平成 令和	年 月 日	男 ・ 女		年 月 日	平成 令和	年 月 日	円		同居 ・ 別居	添付 返不能 滅失	
	(氏)	(名)												
増 ・ 減	(フリガナ)		大正 昭和 平成 令和	年 月 日	男 ・ 女		年 月 日	平成 令和	年 月 日	円		同居 ・ 別居	添付 返不能 滅失	
	(氏)	(名)												
増 ・ 減	(フリガナ)		大正 昭和 平成 令和	年 月 日	男 ・ 女		年 月 日	平成 令和	年 月 日	円		同居 ・ 別居	添付 返不能 滅失	
	(氏)	(名)												

SMBCコンシューマーファイナンス健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日提出

常務理事	事務長	担当者

認定(削除) 年月日	平成・令和 年 月 日
---------------	-------------

( 受付印 )