被扶養者異動　増加届　（任意継続・特例退職用）

健康保険組合		
GL	担当者	担当者

ペン又は、ボールペンで、太枠の中を記入してください。（楷書でわかりやすく書いてください）

被保険者証 記号	被保険者証 番号	提出日	令和　年　月　日	住所申告欄	〒　－ TEL：　－　－
		被保険者 氏名			

フリガナ 姓	フリガナ 名	性別	生年月日	続柄	異動増加日・理由番号	個人番号	認定年月日
		1 男 2 女	昭・平 令　年　月　日		令和 年　月　日		年　月　日
		1 男 2 女	昭・平 令　年　月　日		令和 年　月　日		年　月　日
		1 男 2 女	昭・平 令　年　月　日		令和 年　月　日		年　月　日
		1 男 2 女	昭・平 令　年　月　日		令和 年　月　日		年　月　日
		1 男 2 女	昭・平 令　年　月　日		令和 年　月　日		年　月　日

記入方法	◆「続柄」は戸籍通りに記入してください ※〝子〟ではなく〝長男〟等 ◆「姓名」に使用できる漢字は『JIS第一水準・JIS第二水準』のみです。それ以外の文字は使用できませんので、代替文字での表記となります。	【異動理由番号】 1. 出生　2. 結婚　3. 同居　4. 養子縁組　5. 資格取得　6. 失給受給終了 8. 退職　7. その他（理由：　　）
添付書類	「添付書類一覧表」を確認し、必要とされる書類を添付してください。　※状況により追加で書類の提出をお願いする場合も有ります。	
注意事項	◆被保険者の住所と増加する扶養申請者の住所が異なる場合、別途「住所変更・別居・同居 申請書」の提出も必要です。（重複するものは１部で可） ◆義務教育就学～74歳で、市区町村の医療費助成（障害・子ども医療・ひとり親 等）を**受けている**場合は、別途「医療費助成資格取得届」を、未就学児で、市区町村の医療費助成を**受けていない**場合は、別途「医療費助成不該当登録届」をご提出ください。	