

任意継続 / 特例退職
健康保険被扶養者（異動）届

決裁	常務理事	事務長	課長	担当者

BIPROGY健康保険組合理事長 殿

被保険者	保険証	記号	番号	氏名				性別	男	生 年 日			昭和	年	月	日				
								女	月	日	平成									
被扶養者	住民票住所	〒 ー											住所				〒 ー			
	TEL	ー ー															住民票住所と同じ場合は記入不要			
増員 減員	(ふりがな) 氏名	性別	生 年 月 日			続柄	職業	月平均収入額	同居 別居	届出理由発生日			届出 理由	※健保記入欄 (記入不要) 認定又は削除日			備考 連絡			
	増・減	男・女	昭和 平成 令和	年	月	日			円	同・別	年	月	日		年	月	日			
増・減	住民票住所	〒 ー											上記の被保険者住所と同じ場合は記入不要							
	増・減	男・女	昭和 平成 令和	年	月	日			円	同・別	年	月	日		年	月	日			
増・減	住民票住所	〒 ー											上記の被保険者住所と同じ場合は記入不要							
	増・減	男・女	昭和 平成 令和	年	月	日			円	同・別	年	月	日		年	月	日			
増・減	住民票住所	〒 ー											上記の被保険者住所と同じ場合は記入不要							

(ここで知り得た個人情報は、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用いたしません)

- 注 1. 被扶養者が増員になる際は添付書類が必要です。
意 2. 被扶養者が減員になる際は対象者のカード型保険証を必ず添付してください。
事 3. 被扶養者が減員になる際で今後国保加入ご希望の方は「証明書発行願」の提出が必要です
項 4. この届出は異動が生じた日から5日以内に提出してください。

【送付先及び問い合わせ先】

〒135-8560 東京都江東区豊洲 1-1-1
BIPROGY健康保険組合
TEL:03-4579-1626

受付日付印