

健康保険任意継続 被扶養者(異動)届

住友商事健康保険組合理事長

確認年月日			
住友商事 健康保険組合	常務理事	事務長	担当者

任継被保険者証 記号・番号		被保険者 氏名	フリガナ		男女	生年月日	昭和 平成		
9-			印				年 月 日		
住民票 住所	〒		TEL	資格取得 年月日	年 月 日			標準報酬 月額	千円
		取得	令和 年 月 日	採用	結婚	出産			
		喪失	令和 年 月 日	死亡	就職	その他()			

* 資格取得時には全員をご記入ください。

氏名	性別	生年月日	被保険者 との続柄	職業 (学生又は学校名)	同居 別居	住民票住所	異動月日	
							増	減
フリガナ	男女	昭 平 令				〒		
		年 月 日						
フリガナ	男女	昭 平 令				〒		
		年 月 日						
フリガナ	男女	昭 平 令				〒		
		年 月 日						
フリガナ	男女	昭 平 令				〒		
		年 月 日						
フリガナ	男女	昭 平 令				〒		
		年 月 日						

* 太枠のみご記入ください。

* 収入がある方は直近3ヵ月分の給与明細を添付してください。