

健康保険被扶養者異動届及び決定通知書

この届出は、必ず事業主を経由して健保へ提出してください。

『書類提出先』
●ダイハツ輸送(株):総務部 宛
●ダイハツ生活協同組合 宛
●ダイハツ労働組合 宛
●(株)ダイハツビジネスサポートセンター:管理部 経営管理室 給与G 宛
●ダイハツディーゼル(株):管理統括本部 人事部 宛

-ダイハツ輸送(株)	104
-ダイハツ生活協同組合	105
-ダイハツ労働組合	106
-(株)ダイハツビジネスサポートセンター	107
-ダイハツディーゼル(株)	200

健保 決 裁 欄	常務理事	事務長	課長	係印

被 保 険 者	記入年月日	3 年 1 月 1 日	提出	所 属	管理統括部			建 屋	池 1 ・ G 1 - 3 F		
	記 号		氏名コード	99999	氏 名	健保 太郎			印	生年月日	昭 平 62 年 12 月 1 日
	番 号	99999									
	資格取得年月日	平成 20 年 3 月 1 日	標準報酬月額	記入不要		千円	物名・フローアは必ず記入してください。				
現住所	〒 000 - 1111					事業主氏名印	記 入 不 要				
	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号										
申 請 被 扶 養 者	増・減の 区 別	氏 名	性 別	生 年 月 日	1 続 柄	2 職 業	月平均収入額	同居・別居	扶養を始めた日、または 扶養をしなくなった日	4. 理 由	備 考
	増・減	(フリガナ) ケンボ ハナコ (氏) 健保 花子	男・女	昭・平・令 2 年 1 月 20 日	妻	無職	0 万円	同居	2 年 1 月 1 日	退職	
	増・減	(フリガナ) (氏) (名)	男・女	昭・平・令 3 個人番号	個人番号は必ず記入してください。			同居	年 月 日	異動の理由 出産、結婚、就職、 退職、収入増減他	
	増・減	(フリガナ) (氏) (名)	男・女	昭・平・令 3 個人番号	年 月 日			同居	年 月 日		

- 【注意】
- ① この届出は被扶養者に異動(増減)を生じたときに、その日から5日以内に事業主を経由して健保へ提出してください。
 - ② 「1」には「妻」「長男」「孫」「実父」「弟」などと詳しく書いてください。
 - ③ 「2」には職業の文字にこだわらず「小学1年」「大学1年」「年金収入」「パート」など、その実態がわかるように書いてください。
 - ④ 「4」には「出生」「失業」「結婚」「死亡」「養子縁組」「就職」「収入増」などと具体的に書いてください。
 - ⑤ この届出書に扶養の事実を証明する市区町村長証明書、在学証明書、住民票などを添付してください。
 - ⑥ 就職による扶養減の場合は、新しい保険証のコピーを添付してください。

保険証	データ

受付日付印

※この届出書は被扶養者異動届処理以外では使用いたしません。

上記のとおり(認定 ・ 削除)しましたのでご通知いたします。ダイハツ健康保険組合理事長