

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

管理統括部										建屋	池1・G1-3F			
被保険者	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		
	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・フロアは必ず記入してください。	
	現住所	〒000-1111	○○県○○市○○町○○丁目○○番○○号					記入不要	印	記入不要				
	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
申請被扶養者	増 減 健保	(フリガナ) ケンポ (氏) 健保	ハナコ (名) 花子	男 女	昭・平・令 3年1月1日	長女	乳児	0 万円	同居	年 3月1日	1	出生		
	増 減	(フリガナ)	(氏)	男 女	昭・平・令	個人番号は必ず記入してください。					別居	年 3月1日	1	1
	増 減	(フリガナ)	(氏)	男 女	3 個人番号						同居	年 3月1日	1	1

注意

- 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。
- 「1」には「妻」「長男」「孫」「実父」「弟」などと詳しく書いてください。
- 「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」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。
- 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。
- 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