

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 号		氏名コード	99999	氏 名	健保 太郎			印	生年月日	昭和 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		物名・フローアは必ず記入してください。					
	現住所	〒 000 - 1111 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号					記 入 不 要 印				
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 女	昭和・平成 3 年 1 月 1 日	長女	乳児	0 万円	同居	3 年 1 月 1 日	出生	
	増・減	(フリガナ) (氏)	男・女 女	昭和・平成 年 月 日	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)	男・女 女	昭和・平成 年 月 日	個人番号			同居	年 月 日		

【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