

# 健康保険被扶養者異動届及び決定通知書

健 保 決 裁 欄	常務理事	事務長	係長	係印

※扶養から外す場合のみ保険証を添付してください。

被 保 険 者	記入年月日	年 月 日	提出	所属					建屋						
	記号	氏名コード		氏名	印				生年月日	昭・平	年	月	日		
	番号														
者	資格取得年月日	平成 令和	年	月	日	標準報酬月額	千円				事業主氏名印				
	現住所	〒 ー													
申 請 被 扶 養 者	増・減の 区別	氏 名		性別	生年月日		<sup>1</sup> 続柄	<sup>2</sup> 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		<sup>4</sup> 理由	備考	
	増・減	(フリガナ)	(名)		男・女	昭・平・令	年	月	日	万円	同居 別居	年	月	日	
		(氏)				<sup>3</sup> 個人番号									
	増・減	(フリガナ)	(名)		男・女	昭・平・令	年	月	日	万円	同居 別居	年	月	日	
		(氏)				<sup>3</sup> 個人番号									
	増・減	(フリガナ)	(名)		男・女	昭・平・令	年	月	日	万円	同居 別居	年	月	日	
		(氏)				<sup>3</sup> 個人番号									

**【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。
- 「3」には個人番号(マイナンバー)を書いてください。
- 「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。

※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

保険証	データ

受付日付印