

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 者	記入年月日	31年5月7日 提出			所属	DK 開発 OOG			建屋	池1・G1-3F				
	記号	100		氏名コード	99999	氏名	健保 太郎		印	生年月日	昭平 58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		事業主氏名印	記入不要
現住所	〒000-1111			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 女	昭・平・令 31	5	3	長女	乳児	0 万円	同居	31	5	3	出生
	増・減	(フリガナ) (氏)	男・女 女	昭・平・令 年 月 日	3 個人番号					別居	月 日			
	増・減	(フリガナ) (氏)	男・女 女	昭・平・令 年 月 日	3 個人番号					別居	月 日			

個人番号は記入しないでください。
個人番号の届出が必要な方には異動届
受理後に健保より別途連絡します。

- 【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

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