

ダイハツ健康保険組合にご加入の30歳以上のご家族が調査の対象者です。

※年齢は2019年3月末の満年齢です。

2018年7月

ダイハツ健康保険組合

①と②の両方をダイハツ健康保険組合に郵送または社内便にてご提出ください。

扶養確認調査票のご提出について(お願い)

日頃は、健康保険組合の運営に、ご理解とご協力をいただきありがとうございます。

健康保険組合では、毎年、被扶養者資格の再確認をするよう厚生労働省から指導を受けています。

今回は30歳以上の健保扶養家族届出者に限定して調査確認させていただきます。

下記の方が対象となりますので、現在の状況を下部「① 扶養確認調査票」に正確にご記入いただき、期日までに同封しております返送用封筒にて、「②ファミリー健診受診確認書」と同封のうえ、必ず返送してください。
なお、ご不明な点がございましたら下記担当者までお問い合わせください。

①

扶養確認調査票

要返却

記番号	被保険者氏名	性別	年齢
調査対象者	続柄	どちらかに○	回答欄(提出日現在の状況)
		同居・別居	1・2・3・4・5・6 理由

(下記確認欄に被保険者の方が自筆でご記入ください。)

下記(iii)-(1),(2)を参照ください。

《確認》提出日: 2018年 月 日 ご署名

内線:

- (i) 提出期日 : 8月31日(金)
(ii) 提出先 : ダイハツ健康保険組合
(iii) 記入要領

(1)下記の1~5に該当する場合は、回答欄の数字に○印をしてください。

1. すでに就職・結婚し、新しい保険証を持っている。
2. 60歳未満の方 年収130万円以上である。
60歳以上の方 年収180万円以上である。
3. パート・アルバイト・年金収入が上記金額未満である。(次の書類の提出が必要です)

後日健康保険組合から、ご連絡させていただきます。

収入のある場合:	6月、7月直近の給与明細コピーを添付してください。
年金の場合:	年金振込通知書等の金額が表示されているもの。 遺族年金、障害年金も含みます。
上記どちらでもない場合:	源泉徴収票又は課税証明書を添付(市区町村役場発行)。

4. 学生である(学生証のコピーまたは在学証明書を添付)
5. 無職である。(課税証明書または非課税証明書を添付)

(2)上記に該当しない場合は、6に○印をし、必ず理由欄に現在の状態を具体的にご記入ください。

(iv) お問い合わせ先 : ダイハツ健康保険組合 外線 072-752-3008 内線 661-4990
担当 総務係 杉山

(v) 個人情報保護に関して : 調査情報は、本目的以外に使用いたしません。

以上

被扶養者の皆さんへ

健康保険組合は、加入者の皆さまの「健康診断」を行うことが**法律**で定められております。
被扶養者の方は、年1回、必ず健診を受けてください。

つきましては、受診状況を把握するため、下記の「ファミリー健診受診確認書」にご回答いただき、
8月31日までに 同封の返信用封筒にて 「①扶養確認調査票」と同封のうえ、**必ず返送してください。**

②

ファミリー健診受診確認書

要返却

保険証記号		お名前 (受診対象者)		電話番号	携帯	
番号					自宅	

◆下記いずれかのコース・時期を必ずご記入ください。（該当に○をしてください）

	健診コース	受診済	時期	予約済	時期	受診予定 (未予約)	時期
記入 (例)	(D)ダイハツ保健センター		月 日		月 日	○	10 月

ファ ミ リ ー 健 診	(A)近くの病院・医院で 受診券を使って受診 (集合契約健診 40歳以上)		月 日		月 日		月
	(B)近畿地区 巡回健診		月 日		月 日		月
	(C)滋賀地区健診		月 日		月 日		月
	(D)ダイハツ保健センター		月 日		月 日		月
	(E)関東地区 巡回健診		月 日		月 日		月
	(F)人間ドック健診		月 日		月 日		月
	(G)近畿・関東地区以外で 30~39歳の健診		月 日		月 日		月
	パート先等で健診		月 日				月



※2017・2018年度の「健康診断結果」のコピーを同封してください。
受診予定の方は、受診後、「健康診断結果」のコピーを送付してください。
裏面に「健康診断結果通知書」のイメージ(見本)を添付しておりますのでご参照ください。

◇ **ダイハツ健保の加入資格を喪失される方は提出不要です。健康診断は次加入の健康保険で受診してください。**
◇ ご提出いただいた「電話番号」「健康診断結果」は、保健事業以外の目的で使用することはありません。

<問い合わせ先> ダイハツ健康保険組合(担当:芦田)

〒563-0045 大阪府池田市桃園1-2-13 (外線)072-752-3008 (内線)661-4990

↓社内便で送付いただく場合は、下記の宛名ラベルをご使用ください。

社内封筒宛名ラベル (扶養確認調査用)

確実にお届けをする為に必ずフルネームでご記入ください

宛先事業所〇で囲んでください		宛先部署・氏名	
本社・池1・池2・東京・西宮・伊丹 多田・京都・滋1・滋2・滋テク DBC・DC・DY・DDK・九州開発セ DKC中津・DKC久留米	部門 略称	健康保険組合	
		グル ープ	
建物名 フロア	基金會館・3F	氏名	杉山 香織 殿
部 門 略 称		発信者	
発信日 月 日		内線	

記入例

2018年7月

ダイハツ健康保険組合

被扶養者の皆さんへ

健康保険組合は、加入者の皆さまの「**健康診断**」を行うことが**法律**で定められております。
被扶養者の方は、年1回、必ず健診を受けてください。

つきましては、受診状況を把握するため、下記の「**ファミリー健診受診確認書**」にご回答いただき、**8月31日までに**同封の返信用封筒にて「①扶養確認調査票」と同封のうえ、**必ず返送してください**。

保険証の記号・番号
をご記入ください。

ファミリー健診受診確認書

要返却

保険証記号	100	お名前 (受診対象者)	健保 花子	電話番号	携帯	090-9999-9999
番号	99999				自宅	072-999-9999

◆下記いずれかのコース・時期を必ず記入ください。
30歳以上のご家族の氏名をご記入ください。

（当に○をし

左記の方の電話番号を
ご記入ください。

健診コース	受診済	時期	予約済	時期	未予約 (未予約)	時期
記入 (例) (D)ダイハツ保健センター		月 日		月 日	○	10 月

ファ ミ リ ー 健 診	(A)近くの病院・医院で受診券を使って受診 (集合契約健診 40歳以上)	月 日	月 日	月 日	月
	(B)近畿地区 巡回健診	月 日	月 日	月 日	月
	(C)滋賀地区健診	月 日	月 日	月 日	月
	(D)ダイハツ保健センター	月 日	月 日	月 日	月
	(E)関東地区 巡回健診	月 日	月 日	月 日	月
	(F)人間ドック健診	月 日	月 日	月 日	月
	(G)近畿・関東地区以外で30~39歳の健診	月 日	月 日	月 日	月
	パート先等で健診	月 日			

※2017・2018年度の「**健康診断結果**」のコピーを同封してください。

受診予定の方は、受診後、「**健康診断結果**」のコピーを送付してください。

裏面に「**健康診断結果通知書**」のイメージ(見本)を添付しておりますのでご参照ください。

◇ **ダイハツ健保の加入資格を喪失される方は提出不要です。健康診断は次加入の健康保険で受診してください。**

◇ ご提出いただいた「電話番号」「**健康診断結果**」は、保健事業以外の目的で使用することはありません。

<問い合わせ先> ダイハツ健康保険組合(担当:芦田)

〒563-0045 大阪府池田市桃園1-2-13 (外線)072-752-3008 (内線)661-4990

ダイハツ健康保険組合にご加入の30歳以上のご家族が調査の対象者です。

※年齢は2019年3月末の満年齢です。

①と②の両方をダイハツ健康保険組合に郵送または社内便にてご提出ください。

2018年7月

ダイハツ健康保険組合

扶養確認調査票のご提出について(お願い)

日頃は、健康保険組合の運営に、ご理解とご協力をいただきありがとうございます。

健康保険組合では、毎年、被扶養者資格の再確認をするよう厚生労働省から指導を受けています。

今回は30歳以上の健保扶養家族届出者に限定して調査確認させていただきます。

下記の方が対象となりますので、現在の状況を下部「① 扶養確認調査票」に正確にご記入いただき、期日までに同封しております返送用封筒にて、「②ファミリー健診受診確認書」と同封のうえ、必ず返送してください。

保険証の記号・番号 をご記入ください。		社員の方の氏名を ご記入ください。	
扶 嬰 確 認 調 査 票			
記番号	100-99999	被保険者氏名	健保 太郎
調査対象者	続柄	どちらかに○	回答欄(提出日現在の状況)
健保 花子	妻	<input checked="" type="radio"/> 同居 · 別居	1 · 2 · 3 · 4 <input checked="" type="radio"/> 5 · 6 理由
下記(iii)-(1),(2)を参照ください。			
30歳以上のご家族の 氏名をご記入ください。		年 10 月 20 日	ご署名 健保 太郎 内線: 661-9999

(i) 提出期日 : 8月31日(金)

(ii) 提出先 : ダイハツ健康保険組合

(iii) 記入要領

社員の方がご署名ください。

(1) 下記の1~5に該当する場合は、回答欄の数字に○印をしてください。

1. すでに就職・結婚し、新しい保険証を持っている。]
 2. 60歳未満の方 年収130万円以上である。]
 3. 60歳以上の方 年収180万円以上である。]
- 後日健康保険組合から、ご連絡させていただきます。

3. パート・アルバイト・年金収入が上記金額未満である。(次の書類の提出が必要です)

収入のある場合: 6月、7月直近の給与明細コピーを添付してください。

年金の場合: 年金振込通知書等の金額が表示されているもの。

遺族年金、障害年金も含みます。

上記どちらでもない場合: 源泉徴収票又は課税証明書を添付(市区町村役場発行)。

4. 学生である(学生証のコピーまたは在学証明書を添付)

5. 無職である。(課税証明書または非課税証明書を添付)

(2) 上記に該当しない場合は、6に○印をし、必ず理由欄に現在の状態を具体的にご記入ください。

(iv) お問い合わせ先 : ダイハツ健康保険組合 外線 072-752-3008 内線 661-4990

担当 総務係 杉山

(v) 個人情報保護に関して : 調査情報は、本目的以外に使用いたしません。

以上