ダイフク健康保険組合　御中

常務理事	事務長	担当者

所在地

名　称

事業主名

健康保険被扶養者（認定・削除）異動届

注(1)

事業所担当確認欄	☐ 記載内容について誤りがないか、申請者本人に確認している。

年　　月　　日　提出　　太線内のみ記入下さい。

記　号		被保険者	住　所	(〒　　－　　)			本人確認欄 ☐ 申請者本人（被保険者）が作成したものである。
番号（氏名コード）			氏　名		生年月日	S. H. R.　.　.　生	

ご本人確認のため☑チェック願います。

被扶養者の氏名（異動者のみ記入）ふりがな	性別	生年月日（和暦で記入）	続柄 注(2)	職業	同居・別居の別	被扶養者となった日又は被扶養者でなくなった日	理由 注(3)	認定・削除年月日
	男 女	S. H. R. ・ ・			同・別	・ ・		・ ・
	資格確認書発行要否	☐ 発行が必要 注(4)			備考			
	男 女	S. H. R. ・ ・			同・別	・ ・		・ ・
	資格確認書発行要否	☐ 発行が必要 注(4)			備考			
	男 女	S. H. R. ・ ・			同・別	・ ・		・ ・
	資格確認書発行要否	☐ 発行が必要 注(4)			備考			
別居の被扶養者の現住所	(〒　　－　　)							

（注）（1）認定の場合、扶養の事実を証明する書類（世帯全員の「住民票」（世帯主・続柄の記載必須）および「被扶養者認定に必要な添付書類」別紙参照）を添付すること。
削除の場合、該当する方の「被保険者証」または「資格確認書」　など（発行されているとき）や、
「高齢受給者証・限度額適用認定証」　など（交付されているとき）を一緒に返却すること。
（他の健康保険へ加入したときは、加入先の保険者名を備考欄に記入願います。）　※状況によって追加の書類を求める場合があります。
（2）続柄は、「妻」「長男」「長女」「二男」「二女」など具体的に記入すること。
（3）扶養の理由は、「結婚」「出生」「就職」「死亡」などの事実を具体的に書くこと。
（4）資格確認書の発行要否：資格確認書の発行が必要な下記（※）の場合は、「発行が必要」の☐に✔を付けてください。（認定の場合）

（※）資格確認書の発行は、以下に該当する場合に限ります。
・マイナンバーカードを取得していない方、マイナンバーカードを返納された方
・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない方、利用登録解除を申請した方、利用登録解除された方
・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの方

※この用紙は2枚1組（異動届・通知書）です。［片面印刷］の上、2枚とも必要事項を記入して提出ください。

所在地

名　称

事業主名

健康保険被扶養者（認定・削除）通知書

注(1)

年　　月　　日　提出

太線内のみ記入下さい。

事業所担当確認欄	☐ 記載内容について誤りがないか、申請者本人に確認している。

記　　号		被保険者	住　所	（〒　　－　　）		本人確認欄 ☐ 申請者本人（被保険者）が作成したものである。
番号（氏名コード）			氏　名		生年月日	S. H. R.　　.　　.　　生

被扶養者の氏名（異動者のみ記入） ふりがな	性別	生年月日（和暦で記入）	続柄 注(2)	職　業	同居・別居の別	被扶養者となった日又は被扶養者でなくなった日	理　由 注(3)	認定・削除年月日
	男 女	S. H. R. ・　・			同・別	.　.		.　.
	資格確認書発行要否	☐ 発行が必要　注(4)			備　考			
	男 女	S. H. R. ・　・			同・別	.　.		.　.
	資格確認書発行要否	☐ 発行が必要　注(4)			備　考			
	男 女	S. H. R. ・　・			同・別	.　.		.　.
	資格確認書発行要否	☐ 発行が必要　注(4)			備　考			
別居の被扶養者の現住所	（〒　　－　　）							

ご本人確認のため☑チェック願います。

被扶養者について上記の通り認定します。

ダイフク健康保険組合

健保受付印