

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)

年 月 日 提出

太線内のみ記入下さい。

事業所 担当確認欄	<input type="checkbox"/> 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			
	番号（氏名コード）	氏名	生年 月日	S H R	<input type="checkbox"/> 申請者本人 （被保険者）が作 成したものである。			
ふりがな 被扶養者の氏名 （異動者のみ記入）	性別	生年月日 （和暦で記入） S. H. R	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	S. H. R			同・別	. .		. .
	女	S. H. R			同・別	. .		. .
	男	S. H. R			同・別	. .		. .
	女	S. H. R			同・別	. .		. .
	男	S. H. R			同・別	. .		. .
	女	S. H. R			同・別	. .		. .
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。

(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「健康保険被保険者証」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、加入先の保険証の写しなどを添付願います。） ※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。

※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。

健康保険被扶養者（認定・**削除**）通知書

注(1)

所在地

名称

事業主名

年 月 日 提出

太線内のみ記入下さい。

事業所 担当確認欄	<input type="checkbox"/> 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			住所	(〒 -)					本人確認欄
番号 (氏名コード)			被保険者	氏名	生年 月 日	S H R	生	<input type="checkbox"/> 申請者本人 (被保険者)が作 成したものである。	
ふりがな 被扶養者の氏名 (異動者のみ記入)	性別	生年月日 (和暦で記入) S. H. R	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	S. H. R			同・別	. .		. .
	女	S. H. R			同・別	. .		. .
	男	S. H. R			同・別	. .		. .
	女	S. H. R			同・別	. .		. .
	男	S. H. R			同・別	. .		. .
	女	S. H. R			同・別	. .		. .
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