

|      |     |     |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|      |     |     |

**健康保険被扶養者異動届は2枚1組となっております。  
【(異動届・通知書)を必ずセットで2枚とも提出ください。】**

健康保険被扶養者(認定・**削除**)異動届

注(1)

XX年 XX月 XX日 提出

太線内のみ記入下さい。

※事業主(会社)が記入(証明)して下さい。

所在地 ○○県○○市△△町1

名称 株式会社○○○○

事業主名 ○○ ○○○

(申請者は記入不要です。)

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                           | ※1       |                 | 住所 (〒 111 - 1111 )<br>＜自宅住所を記入＞ ○○県 ○○市 △△町 1-2-3 |         | 本人確認欄<br><input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人<br>(被保険者)が作<br>成したものである。 |                                |            |          |
| 番号(氏名コード)                    | 345678   |                 | 被保険者  | 氏名 健保太郎 | 生年<br>月日  | 生<br>日                         |            |          |
| ふりがな<br>被扶養者の氏名<br>(異動者のみ記入) | 性別       | 生年月日<br>(和暦で記入) | 続柄<br>注(2)  | 職業      | 同居・別居<br>の別   | 被扶養者となった<br>日又は被扶養者で<br>なくなった日 | 理由<br>注(3) | 認定・削除年月日 |
| ケンボ<br>健保                    | ミヨ<br>美代 | 男<br>女          | S.<br>H.<br>R.<br>長女                              | 会社員     | 同・別<br>別  | XX.XX.XX                       | 就職         | .        |
|                              |          | 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<br>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  
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  
(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  
(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。

※1(記号について)  
ダイフク → 11 労働組合 → 21  
健保組合 → 31 コンテック → 51  
DPM → 91 となっております。

※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。

健康保険被扶養者異動届は2枚1組となっております。  
【（異動届・通知書）を必ずセットで2枚とも提出ください。】

健康保険被扶養者（認定・**削除**）通知書

注(1)

XX年 XX月 XX日 提出

太線内のみ記入下さい。

※事業主（会社）が記入（証明）して下さい。  
所在地 ○○県○○市△△町1  
名称 株式会社○○○○  
事業主名 ○○ ○○○  
(申請者は記入不要です。)  
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                | ※1     |                     | 住所 (〒 111 - 1111 )<br>＜自宅住所を記入＞ ○○県 ○○市 △△町 1-2-3 |         | 本人確認欄<br><input checked="" type="checkbox"/> 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)        | 345678 |                     | 被保険者  | 氏名 健保太郎 | 生年 月 日  | S XX XX XX 生           |         |          |
| 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)        | 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 |
| ケンポ ミヨ<br>健保 美代   | 男<br>女 | S. H. R<br>XX.XX.XX | 長女  | 会社員     | 同・別   | XX.XX.XX               | 就職      | . .      |
|                   | 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

※1 (記号について)  
ダイフク → 11 労働組合 → 21  
健保組合 → 31 コンテック → 51  
DPM → 91 となっております。