

ダイフク健康保険組合 御中

常務理事	事務長	担当者

健康保険被扶養者（認定・削除）異動届

平成 年 月 日 提出

太線内のみ記入下さい。

事業主名

⑩

記号			被保険者		住所	(〒 -)			
番号(氏名コード)					氏名印	⑩		生年月日	S. H. 生
ふりがな 被扶養者の氏名 (異動者のみ記入)	性別	生年月日 注(1)	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			同・別				
	女					H.		H.	
	男	S. H			同・別				
	女					H.		H.	
	男	S. H			同・別				
	女					H.		H.	
	男	S. H			同・別				
	女					H.		H.	
別居の被扶養者の 現住所	(〒 -)								

(注) (1) 満16才以上の子、及び満60才未満の父母については扶養の事実を証明する証明書を添付すること。

(2) 続柄は「子」ではなく妻、長男、長女等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。

健康保険被扶養者（認定・削除）通知書

平成 年 月 日 提出

太線内のみ記入下さい。

事業主名

㊞

記号			被保険者		住所 (〒 -)			
番号 (氏名コード)					氏名印	㊞	生年 月日	S. 生 H.
ふりがな 被扶養者の氏名 (異動者のみ記入)	性別	生年月日 注(1)	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			同・別			
	女					H.		H.
	男	S. H			同・別			
	女					H.		H.
	男	S. H			同・別			
	女					H.		H.
	男	S. H			同・別			
	女					H.		H.
別居の被扶養者の 現住所	(〒 -)							

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