



日 揮 健 康 保 険 組 合

健康保険被扶養者異動届

常務理事	事務長	担当者

令和 年 月 日 提出

この欄は被保険者本人について記入してください。	被保険者証の記号・番号	記号	番号	氏名	(印)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
	資格取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	配偶者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	住所 (マンション・アパート名も記入)	〒 -		TEL	-

この欄は申請する被扶養者について記入してください。										組合記入欄		
異動内容	被扶養者の氏名	性別	生年月日	被保険者との続柄	被扶養者の職業	被扶養者の収入月額	被保険者との同居の有無	異動の理由と異動年月日	認定年月日		削除年月日	
									年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日	〔 〕	〔 〕	円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	〔 〕 令和 年 月 日	年 月 日	年 月 日	備考	
	(氏) (名)		住所						〒 -			
<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日	〔 〕	〔 〕	円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	〔 〕 令和 年 月 日	年 月 日	年 月 日	備考	
	(氏) (名)		住所						〒 -			
<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日	〔 〕	〔 〕	円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	〔 〕 令和 年 月 日	年 月 日	年 月 日	備考	
	(氏) (名)		住所						〒 -			
<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日	〔 〕	〔 〕	円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	〔 〕 令和 年 月 日	年 月 日	年 月 日	備考	
	(氏) (名)		住所						〒 -			

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号

(印)

注意事項

1. 被扶養者に異動（増・減）があった場合、該当する方のみ記入してください。
2. 異動内容が「減」の場合は、被保険者証を添付してください。
3. 続柄の「子」については、「長男」「長女」など、詳しく記入してください。
4. 収入が「有」の場合は、「月額金額」を記入してください。
5. 異動の理由は、「出生」「結婚」「就職」「離職」「死亡」などを記入してください。
6. PDFファイルに直接入力する際、選択肢で「その他」を選択した場合は、〔 〕内に詳細を記入してください。

受付日付印

副

日 揮 健 康 保 険 組 合
健康保険被扶養者認定又は削除通知書

この欄は被保険者本人について記入してください。	被保険者証の記号・番号	記号	番号	氏名	(印)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
	資格取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	配偶者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	住所 (マンション・アパート名も記入)	〒 -		TEL	-

この欄は申請する被扶養者について記入してください。									組合記入欄	
異動内容	被扶養者の氏名	性別	生年月日	被保険者との続柄	被扶養者の職業	被扶養者の収入月額	被保険者との同居の有無	異動の理由と異動年月日	認定年月日	
									年 月 日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日	〔 〕	〔 〕	円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	〔 〕 令和 年 月 日	年 月 日	年 月 日
	(氏) (名)		〒 -						備考	
<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日	〔 〕	〔 〕	円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	〔 〕 令和 年 月 日	年 月 日	年 月 日
	(氏) (名)		〒 -						備考	
<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日	〔 〕	〔 〕	円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	〔 〕 令和 年 月 日	年 月 日	年 月 日
	(氏) (名)		〒 -						備考	
<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日	〔 〕	〔 〕	円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	〔 〕 令和 年 月 日	年 月 日	年 月 日
	(氏) (名)		〒 -						備考	

令和 年 月 日提出された健康保険被扶養者異動届に基づき、上記の方が、被扶養者

と認定
として否認
から削除
されましたのでご通知します。

日 揮 健 康 保 険 組 合 理 事 長

- (付記) 1. この通知書は、事業主が、健康保険法第8条により、完結の日から2か年間保有しておかなければなりません。
2. この通知書が、被保険者の届け出た事項と相違するときは、すみやかに、そのことを被保険者に通知してください。

(否認理由)
