



日 揮 健 康 保 険 組 合

常務理事	事務長	担当者

健康保険被扶養者異動届

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。	① 被保険者証の記号・番号	記号	番号	② 氏名	④ 性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	③ 性 別	⑤ 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
	⑥ 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	⑦ 配偶者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	⑧ 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。

⑧ 異動内容	⑨ 被扶養者の氏名 (フリガナ) (氏) (名)	⑩ 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	⑪ 生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	⑫ 被保険者との続柄	⑬ 被扶養者の職業	⑭ 被扶養者の収入月額 円	⑮ 被保険者との同居の有無 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	⑯ 異動の理由と異動年月日 () 令和 年 月 日	⑰ 組合記入欄	
									認定年月日 年 月 日	削除年月日 年 月 日
<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減	(フリガナ) (氏) (名)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	()	()	円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	() 令和 年 月 日	備考	備考
<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減	(フリガナ) (氏) (名)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	()	()	円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	() 令和 年 月 日	備考	備考
<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減	(フリガナ) (氏) (名)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	()	()	円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	() 令和 年 月 日	備考	備考
<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減	(フリガナ) (氏) (名)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	()	()	円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	() 令和 年 月 日	備考	備考

事業所 〒 —
所在地

事業所名称

事業主氏名

電 話 (局) 番

- 注 意 事 項
- 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下さい。
 - 異動内容が「減」の場合は、被保険者証を添付して下さい。
 - 続柄の「子」については、「長男」「長女」など、詳しく記入して下さい。
 - 収入が「有」の場合は、「月額金額」を記入して下さい。
 - 異動の理由は、「出生」「結婚」「就職」「退職」「死亡」などを記入して下さい。

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

Header form containing personal information: ① 被保険者証の記号・番号, ② 氏名, ③ 性別, ④ 生年月日, ⑤ 資格取得年月日, ⑥ 配偶者, ⑦ 住所, ⑧ TEL.

Main table for dependents with columns: ⑧ 異動内容, ⑨ 被扶養者の氏名, ⑩ 性別, ⑪ 生年月日, ⑫ 被保険者との続柄, ⑬ 被扶養者の職業, ⑭ 被扶養者の収入月額, ⑮ 被保険者との同居の有無, ⑯ 異動の理由と異動年月日, ⑰ 住所, ⑱ 組合記入欄 (認定年月日, 削除年月日).

と認定

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、被扶養者として否認

から削除

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か年間保存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下さい。

(否認理由) _____