

健康保険被扶養者(異動)届

常務理事	事務長		担当者

被保険者等 記号・番号	記 号	番 号	被保険者 氏名と印	フリガナ	被保険者 生年月日	昭 平 令	年	月	日	被保険者 現 住 所	〒				
被扶養者氏名	フリガナ	性別	被扶養者の生年月日	続柄	職業等	収入月額	同居 別居 の別	扶養し始めた日 扶養しなくなった日 ()内は同居した日	事 由	当健康保険組合が 認定(削除)した日					
	個人番号(マイナンバー)														
	被扶養者の住民票住所					被扶養者の現住所									
被扶養者となる者	1. 男	昭 平 令	年	月	日		1. 無職 2. パート 3. 年金受給者 4. 学生 5. その他 ()	同居 ・ 別居	年	月	日	1. 出生 2. 離職 3. 収入減 4. 同居 5. その他 ()	年	月	日
	2. 女														
	住民票住所					〒	現住所	〒	資格確認書 発行要否		☐ 発行が必要				
	1. 男	昭 平 令	年	月	日		1. 無職 2. パート 3. 年金受給者 4. 学生 5. その他 ()	同居 ・ 別居	年	月	日	1. 出生 2. 離職 3. 収入減 4. 同居 5. その他 ()	年	月	日
2. 女															
住民票住所					〒	現住所	〒	資格確認書 発行要否		☐ 発行が必要					
被扶養者から 除く者	1. 男	昭 平 令	年	月	日				年	月	日	1. 死亡 2. 就職 3. 収入増加 4. 75歳到達 5. その他 ()	年	月	日
	2. 女														
	1. 男	昭 平 令	年	月	日				年	月	日	1. 死亡 2. 就職 3. 収入増加 4. 75歳到達 5. その他 ()	年	月	日
	2. 女														

※押印は省略可能ですが、署名や記名は必要です。被保険者が押印省略した際は、事業主は必ず被保険者本人が届出を行ったものであることをご確認のうえ、以下の確認欄の口に✓をお願いします。

【確認欄】

☐ この届出については、以下の①または②の要件を満たしたものである。
① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
② 記載内容については誤りがないか申請者本人(被保険者)が確認している。

事業所
所在地

事業所
名 称

事業主
氏 名

電話番号

〒

()

年 月 日

ダイダシ健康保険組合 殿

印

ダイダシ健康保険組合受付印