

健康保険被扶養者異動届及び決定通知書(後期高齢者医療用)

常務理事	事務長	課長	主任	係

被 保 険 者	※ 記入年月日		年 月 日 提出		3. 氏名			4. 生年月日			昭和 年 月 日		
	1. 記号		2. 性別		氏名			印			平成 年 月 日		
	番号		性別		男・女								
	5. 資格取得年月日			昭和 平成 令和 年 月 日			6. 標準報酬月額			7. 事業主氏名印			
8. 現住所		〒 -			9. この届が受理された後の被扶養者数			名			10. この届が受理される前の被扶養者数		
被 扶 養 者	11. 増・減の区別	12. フリガナ氏名	13. 性別	14. 生年月日			15. 続柄	16. 被保険者との世帯別	17. 扶養をしなくなった日			18. 扶養をしなくなった理由	19. 「16.被保険者との世帯別」が別世帯の場合のみ、その住所
	減		男・女	昭和 平成	年 月 日		同世帯 別世帯	年 月 日	後期高齢者医療の被保険者となるため			〒 -	
	減		男・女	昭和 平成	年 月 日		同世帯 別世帯	年 月 日				〒 -	
	減		男・女	昭和 平成	年 月 日		同世帯 別世帯	年 月 日				〒 -	
	減		男・女	昭和 平成	年 月 日		同世帯 別世帯	年 月 日				〒 -	

※ 記入年月日は必ずご記入ください。

受付日付印

- この届書は被扶養者に異動(増減)を生じたときに、その日から **5日以内**に 事業主を経由して組合へ提出してください。
- 「15」には「妻」「内縁の妻」「長男」「養子」「孫」「実父」「養母」「養父の兄」「妻の姉」「弟」などと詳しく書いてください。

上記の者が被扶養者と認定または削除されましたので通知します。

ダイハツ系連合健康保険組合理事長

2019.4改定