

常務理事	事務長	担当者

## 健康保険被扶養者（新規・異動）届

起案	年	月	日
証記入交付	年	月	日

被保険者証の記号・番号	被 保 険 者 氏 名	生 年 月 日	所 属
-		大昭	

区 分	被 扶 養 者 氏 名	生 年 月 日	続 柄	異 動 事 由
新 規 増・減	(フリガナ)	明 大 昭 平 年 月 日		
新 規 増・減	(フリガナ)	明 大 昭 平 年 月 日		
新 規 増・減	(フリガナ)	明 大 昭 平 年 月 日		
新 規 増・減	(フリガナ)	明 大 昭 平 年 月 日		
新 規 増・減	(フリガナ)	明 大 昭 平 年 月 日		

上記のとおり届け出します

年 月 日

被保険者住所 〒

氏 名

上記事由に相違ないことを証明します。

事業主住所氏名印

### 委任状

私は、ダイヘン健康保健組合から支給を受ける 一部負担還元金 家族療養附加金 の受領を事業主（又は、代理人）に委任します。

年 月 日

被保険者氏名