

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	健康保険被扶養者（新規・異動）届																	
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			
各自の保険証番号				大 変 太 朗										大 昭 平 24.12.1				DBS OO部			

区分	被扶養者氏名	生年月日	続柄	個人番号												異動事由
新規増減	(フリガナ) 大 変 花 子	明 大 昭 平 34年12月1日	妻	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8	7	6	〇月〇日付離職のため
新規増減	(フリガナ) 大 変 二 郎	明 大 昭 平 60年12月1日	長男	扶養減の場合は 個人番号の記入不要												〇月〇日付就職のため
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														
新規増減	(フリガナ)															

記入項目は青文字で表示しています。

全項目直筆にてお願い致します。

届出の日付は提出日をご記入願います。

新規・増の場合の届け出は
個人番号の記入が必ず必要になります。

被保険者がご家族の分をご確認の上
記載間違いの無いようご記入願います。

上記のとおり届け出します ○○○○年 ○月 ○日 被保険者住所 〒532-8512 大阪市淀川区田川 氏 名 大 変 太 朗	ます。 区田川2丁目1番11号 ダイヘン 田尻 哲也 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 大 変 太 朗