

常務理事	事務長	事務課長	担当

総務部課長	所属上長

健康保険被扶養者(異動)届

本人記入日
年 月 日

被保険者証	記号	被保険者氏名	社員番号()	被保険者住所							
	番号										
所属	会社名				資格取得年月日	年 月 日			標準報酬月額 千円		
	所属										
追加・削除	フリガナ 氏名	性別	生年月日	続柄	職業	月平均収入額	同居・別居	扶養開始日 又は 扶養削除日	異動理由	認定日 (削除日)	
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除		男・女	年 月 日				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居				
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除		男・女	年 月 日				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居				
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除		男・女	年 月 日				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居				
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除		男・女	年 月 日				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居				

↑
上記太枠内、健保組合記入欄

受領委任について

被扶養者の申告を行う方は、右の委任状にも記名捺印をお願いします。これは各種高額療養費、各種療養付加金等の受取りを事業主に委任していただくものです。

交付		入力 チェック		点検者	
----	--	------------	--	-----	--

委任状	合算高額療養費・家族高額療養費・合算高額療養付加金・ 家族療養費付加金・一部負担還元金等の受療に関する権限を 事業主に委任します。 年 月 日 被保険者氏名
	⑩

大日本印刷健康保険組合

受付年月日

事業所コード	事務担当
事業主到着日	健保発送日