

## 健康保険 被扶養者（異動）届

常務理事	事務長	健保担当	労務担当
------	-----	------	------

被保険者 記号	<input type="checkbox"/> 2001 <input type="checkbox"/> 2002	番号								統一ID	A						<input type="checkbox"/> この届出については、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が確認している。	
社名											被保険者	現住所						
所属											被保険者	氏名						
																		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

被扶養者の氏名（異動対象者のみ）										性別		生年月日			続柄 ※注1		職業 ※注2		
フリガナ												□昭和 □平成 □令和							
氏名										□男 □女		年 月 日							
現住所 ※注3										□同居 □別居（□単身赴任 □通学 □自己都合） 別居の場合は住所記入									
住民票住所 ※注3										住民票添付が必須の方は記入不要								資格確認書発行要否 番号を記入 ※注5	
被扶養者 となった日		令和	年	月	日	理由		□被保険者入社 □結婚 □出生 □離職 □その他（ ）			マイナンバー マイナンバー担当者が記入 扶養をはずす場合は記入不要								
被扶養者で なくなった日 ※注4		令和	年	月	日	理由		□就職 □結婚 □死亡 □雇用保険受給 □その他（ ）											

被扶養者の氏名（異動対象者のみ）										性別		生年月日			続柄 ※注1		職業 ※注2		
フリガナ												□昭和 □平成 □令和							
氏名										□男 □女		年 月 日							
現住所 ※注3										□同居 □別居（□単身赴任 □通学 □自己都合） 別居の場合は住所記入									
住民票住所 ※注3										住民票添付が必須の方は記入不要								資格確認書発行要否 番号を記入 ※注5	
被扶養者 となった日		令和	年	月	日	理由		□被保険者入社 □結婚 □出生 □離職 □その他（ ）			マイナンバー マイナンバー担当者が記入 扶養をはずす場合は記入不要								
被扶養者で なくなった日 ※注4		令和	年	月	日	理由		□就職 □結婚 □死亡 □雇用保険受給 □その他（ ）											

被扶養者の氏名（異動対象者のみ）										性別		生年月日			続柄 ※注1		職業 ※注2		
フリガナ												□昭和 □平成 □令和							
氏名										□男 □女		年 月 日							
現住所 ※注3										□同居 □別居（□単身赴任 □通学 □自己都合） 別居の場合は住所記入									
住民票住所 ※注3										住民票添付が必須の方は記入不要								資格確認書発行要否 番号を記入 ※注5	
被扶養者 となった日		令和	年	月	日	理由		□被保険者入社 □結婚 □出生 □離職 □その他（ ）			マイナンバー マイナンバー担当者が記入 扶養をはずす場合は記入不要								
被扶養者で なくなった日 ※注4		令和	年	月	日	理由		□就職 □結婚 □死亡 □雇用保険受給 □その他（ ）											

※注1：長男、二女、養子、孫、実父、養母、妻の実父、実父の姉、妹、弟など詳しく書いて下さい。  
 ※注2：家事、乳幼児、小学生、中学生、高校生、専門学校生、大学生、自営業、農業、年金生活者、パート、アルバイトなど、実態が一目で分かるように書いて下さい。  
 ※注3：扶養をはずす場合は記入不要  
 ※注4：就職・結婚……その当日  
 死亡……死亡日の翌日  
 ※注5：以下の該当する番号を書いてください。資格確認書の発行は1～3に該当する場合に限ります。  
 0. 発行不要  
 1. マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者  
 2. マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者  
 3. マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

提出日	受付日	認定日
-----	-----	-----

## 健康保険 被扶養者（異動）決定通知書

健康担当

労働担当

提出のありました被扶養者異動届について、下記のとおり決定したので通知します。

被保険者 記号	<input type="checkbox"/> 2001 <input type="checkbox"/> 2002	番号								統一ID	A					<input type="checkbox"/> この届出については、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が確認している。	
社名											被保険者	現住所					
所属											被保険者	氏名					
																	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

被扶養者の氏名（異動対象者のみ）				性別	生年月日			続柄	職業			
フリガナ				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和					
氏名	氏名				年	月	日					
現住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（ <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 自己都合） 別居の場合は住所記入											
住民票住所	住民票添付が必須の方は記入不要										資格確認書発行要否 番号を記入	
被扶養者となった日	令和	年	月	日	理由	<input type="checkbox"/> 被保険者入社 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	理由	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給 <input type="checkbox"/> その他（ ）						

被扶養者の氏名（異動対象者のみ）				性別	生年月日			続柄	職業			
フリガナ				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和					
氏名	氏名				年	月	日					
現住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（ <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 自己都合） 別居の場合は住所記入											
住民票住所	住民票添付が必須の方は記入不要										資格確認書発行要否 番号を記入	
被扶養者となった日	令和	年	月	日	理由	<input type="checkbox"/> 被保険者入社 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	理由	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給 <input type="checkbox"/> その他（ ）						

被扶養者の氏名（異動対象者のみ）				性別	生年月日			続柄	職業			
フリガナ				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和					
氏名	氏名				年	月	日					
現住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（ <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 自己都合） 別居の場合は住所記入											
住民票住所	住民票添付が必須の方は記入不要										資格確認書発行要否 番号を記入	
被扶養者となった日	令和	年	月	日	理由	<input type="checkbox"/> 被保険者入社 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	理由	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給 <input type="checkbox"/> その他（ ）						

この処分不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に文書又は口頭で社会保険審査官（地方厚生（支）局内）に対して審査請求をすることができます。また、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求又は処分の取消しの訴えを提起することができます。

再審査請求は、審査官の決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して2か月以内に文書又は口頭で社会保険審査会（厚生労働省内）に対して行うことができ、処分の取消しの訴えは、審査請求の決定があったことを知った日から6か月以内（再審査請求があったときは、その裁決があったことを知った日から6か月以内）に、健康保険組合を被告として提起することができます。（ただし、原則として、決定又は裁決の日から1年を経過した時は、提起することができなくなります。）

なお、審査請求があった日から2か月を経過しても決定がないときや、処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、審査請求の決定を経なくても再審査請求又は処分の取消しの訴えを提起することができます。

提出日	受付日	認定日
-----	-----	-----