

常務理事	事務長	係

健康保険 被扶養者(異動)届

増加の場合は、生年月日の下の枠に増加家族のマイナンバーを正しくご記入下さい。

(注 意)

一、この届書は被扶養者に異動(増減)を生じたときに、その日から五日以内に事業主を経由して組合へ提出(正副二通)するものです。但し、期間を過ぎた場合は提出出来ないとするものではありません。
二、十八歳以上の被扶養者の認定には別紙の認定調書に扶養するに至った経緯を詳しく書き、学生証の写し、前職退職日を確認できる書類、住民票、源泉徴収票、雇用保険受給資格者証の写し、収入証明書、雇用契約書、給与明細書三ヶ月分の写し、年金通知書などを添付して下さい。

被保険者(本人)欄	被保険者証の記号と番号	記号	性別	男・女	氏名	記入日	平成・令和	年	月	日						
	被保険者住民票の住所	番号														
会社名						所属(部署)名										
被扶養者(家族)欄	増加又は減少	氏名	性別	生年月日			続柄	職業	年間収入	被保険者と被扶養者の世帯別	扶養しはじめた日又は扶養しなくなった日		扶養しはじめた(増)理由又は扶養しなくなった(減)理由			
	フリガナ	氏名		増加の場合は、増加家族のマイナンバー12桁を正しくご記入下さい												
	増・減	男・女	昭和 平成 令和	年	月	日				同世帯 別世帯	平成 令和	年	月	日	増 減	1. 出生 2. 結婚 3. 退職 4. 雇用保険受給終了 5. 入社 6. その他()
	別世帯の場合、被扶養者住民票住所		〒													
増・減	男・女	昭和 平成 令和	年	月	日				同世帯 別世帯	平成 令和	年	月	日	増 減	1. 出生 2. 結婚 3. 退職 4. 雇用保険受給終了 5. 入社 6. その他()	
別世帯の場合、被扶養者住民票住所		〒														
増・減	男・女	昭和 平成 令和	年	月	日				同世帯 別世帯	平成 令和	年	月	日	増 減	1. 出生 2. 結婚 3. 退職 4. 雇用保険受給終了 5. 入社 6. その他()	
別世帯の場合、被扶養者住民票住所		〒														

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年を経過したときは、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。

事業所 担当者印

年 月 日提出

※記入されましたら、コピーをとり2枚セットで会社に提出して下さい。

※任継の方は、直接健保にお送りください。

受付日付印

ダイセル健康保険組合

(2024.1 改訂)