

健康保険 被扶養者 異動届 及び 決定通知書

健康 保 決 裁 欄	常務理事	事務長		係

受付日付印

令和6年12月2日提出

事業主氏名印	記入不要			
	<input type="checkbox"/> この届出については、①又は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。			

(事業主等受付日) 年 月 日

被保険者欄	被保険者 記号・番号	記号	番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	連絡先 (外線)	連絡先 (内線)
	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	所属	住所					
	健保	ケンボ	ケンボ	太郎	〇〇部 〇〇課	〇〇市〇〇町1丁目1番			男	090-9999-9999	661-9999
					(建物名・707: 池1-枝1-3F)						

被扶養者になった場合は「該当」、被扶養者でなくなった場合は「非該当」を○で囲んでください。

被扶養者欄1	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	続柄				
	健保	ケンボ	ケンボ	花子	021201	平	02	12	01	女	妻				
	住所	〒			1.同居 2.別居	海外居住者又は海外から国内に転入した場合は右欄を記入してください。	海外特例要件	理由	1.留学 2.同行家族 3.特定活動 4.海外婚姻等 5.その他()						
	該当	被扶養者になった日	令和	年	月	日	職業	1.無職 2.パート 3.年金受給者 4.小・中学生以下 5.高・大学生(年生) 6.その他()	年収	0	万円	理由	1.出生 2.退職 3.収入減 4.同居 5.入社 6.その他()	失業給付手続日(求職日)	12月20日
	非該当	被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	理由	1.死亡 2.就職 3.収入増加 4.後期高齢者 5.その他()	備考			資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> マイナ保険証を持っていない		

雇用保険の失業給付を受給する場合は、手続日(求職日)を必ず記入ください。

・退職により被扶養者に該当の場合は、それまでに加入していた健康保険の資格喪失日をご記入ください。
・被保険者の入社により被扶養者に該当の場合は、入社日をご記入ください。

マイナ保険証を持っていない方は必ず☑を入れてください。資格確認書を発行します。
※マイナ保険証の所持が確認できた場合はここに☑があった場合でも資格確認書は発行しません。

被扶養者欄2	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	続柄				
	住所	〒			1.同居 2.別居	海外居住者又は海外から国内に転入した場合は右欄を記入してください。	海外特例要件	理由	1.留学 2.同行家族 3.特定活動 4.海外婚姻等 5.その他()						
	該当	被扶養者になった日	令和	年	月	日	職業	1.無職 2.パート 3.年金受給者 4.小・中学生以下 5.高・大学生(年生) 6.その他()	年収		万円	理由	1.出生 2.退職 3.収入減 4.同居 5.入社 6.その他()	失業給付手続日(求職日)	月 日
	非該当	被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	理由	1.死亡 2.就職 3.収入増加 4.後期高齢者 5.その他()	備考			資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> マイナ保険証を持っていない		

被扶養者欄3	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	続柄				
	住所	〒			1.同居 2.別居	海外居住者又は海外から国内に転入した場合は右欄を記入してください。	海外特例要件	理由	1.留学 2.同行家族 3.特定活動 4.海外婚姻等 5.その他()						
	該当	被扶養者になった日	令和	年	月	日	職業	1.無職 2.パート 3.年金受給者 4.小・中学生以下 5.高・大学生(年生) 6.その他()	年収		万円	理由	1.出生 2.退職 3.収入減 4.同居 5.入社 6.その他()	失業給付手続日(求職日)	月 日
	非該当	被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	理由	1.死亡 2.就職 3.収入増加 4.後期高齢者 5.その他()	備考			資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> マイナ保険証を持っていない		

被保険者の配偶者が被扶養者ではないとき(例: 夫婦共働きの場合)は記入してください。	配偶者の年収見込額	万円
--	-----------	----

※被扶養者の「該当」と「非該当」は同時に提出できません。「該当」、「非該当」はそれぞれ別の用紙で提出してください。

扶養に関する申立書(添付書類の内容について補足する事項がある場合に記入してください)
--

上記のとおり(認定・削除)しましたのでご通知いたします

ダイハツ健康保険組合理事長

この処分に不服があるときは、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。