

# 健康保険 被扶養者 異動届 及び 決定通知書

健康 保険 決裁 欄	常務理事	事務長		係

令和6年12月2日提出

記入不要

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。

受付日付印

(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)							
		ケンボ	健保	タロウ		6	2	12	男	090-9999-9999	661-9999
											住所 〇〇市〇〇町1丁目1番 (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
		ケンボ	健保	ハナコ			0	2	12	女	妻
	住所	〒									
	該当	被扶養者になった日	令和								
	非該当	被扶養者でなくなった日	令和								

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	〒									
	該当	被扶養者になった日	令和								
	非該当	被扶養者でなくなった日	令和								

・新しい資格を取得した場合はその資格取得日をご記入ください。  
 ・国民健康保険に加入される場合はその事由発生日をご記入の上、備考欄に「資格削除証明書必要」とご記入ください。

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	〒									
	該当	被扶養者になった日	令和								
	非該当	被扶養者でなくなった日	令和								

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。