

# 健康保険被扶養者異動 〔 1増員 2減員 〕 届

常務理事	

**【被保険者(社員)】**

被保険者証 記号番号	—	氏名		性別	1 男 2 女	生年月日	昭 平・令 年 月 日	
資格取得 年月日	昭 平・令 年 月 日	住所						

**【被扶養対象者(家族)】**

氏名	力 ナ		性別	続柄*	生年月日	届出理由	同居別居の別	事由発生日(注1)		摘要
	漢	字						個人番号	(注2)	
1増 カナ			1男		昭 平・令 年 月 日		同居・別居	令 年 月 日		
2減 漢字			2女					個人番号		
1増 カナ			1男		昭 平・令 年 月 日		同居・別居	令 年 月 日		
2減 漢字			2女					個人番号		
1増 カナ			1男		昭 平・令 年 月 日		同居・別居	令 年 月 日		
2減 漢字			2女					個人番号		
1増 カナ			1男		昭 平・令 年 月 日		同居・別居	令 年 月 日		
2減 漢字			2女					個人番号		

## 大塚製薬健康保険組合 殿

\*(注1)増員の場合は「扶養しはじめた日」、減員の場合は「扶養しなくなった日」を記入してください

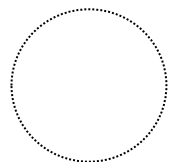
\*(注2)【重要】個人番号記載の取扱いは所属の事業会社にご確認ください

確 認 欄	事業主
	令和 年 月 日

(その他、記載上の注意)

- 1 この届は被扶養者に異動を生じたときに、すみやかに事業主を通じて提出してください。
- 2 各欄は、該当する文字を ○ で囲んでください。
- 3 続柄の欄は「妻」「長男」「養子」「孫」「実父」「養母」等くわしく記入して下さい。
- 4 届出理由の欄は、その発生事由を「結婚」「死亡」等具体的に書いてください。
- 5 \* の欄は記入しないで下さい。

受付日付印



(返送用) 健康保険被扶養者異動 (1増員 / 2減員) 通知書

【被保険者(社員)】

被保険者証 記号番号	—	氏名		性別	1 男 2 女	生年月日	昭 平・令	年	月	日
資格取得 年月日	昭 平・令	年	月	日	住所					

【被扶養対象者(家族)】

氏名	力 ナ 漢 字		性別	続柄*	生年月日	届出理由	同居別居の別	事由発生日	摘要					
	カ ナ	漢 字												
1増	カ ナ		1男		昭 平・令	年	月	日	同居・別居	令	年	月	日	
2減	漢 字		2女											
1増	カ ナ		1男		昭 平・令	年	月	日	同居・別居	令	年	月	日	
2減	漢 字		2女											
1増	カ ナ		1男		昭 平・令	年	月	日	同居・別居	令	年	月	日	
2減	漢 字		2女											
1増	カ ナ		1男		昭 平・令	年	月	日	同居・別居	令	年	月	日	
2減	漢 字		2女											

令和 年 月 日付 健康保険被扶養者異動届は、記載のとおり承認いたしましたので通知します。

令和 年 月 日

所在地  
事業所 名称  
代表者名

殿

大塚製薬健康保険組合

この処分が不服があるときは、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。