

健康保険 被扶養者（異動）届

*該当する箇所にチェックをいれてください。

- 入社に伴う申請
- 被扶養者申請
- 被扶養者削除

常務理事	事務長	係

受付印（認定日印）

年 月 日提出

提出者記入欄	事業所記号	
	事業主所在地	
	事業主名称	
	事業主氏名	

被保険者	証の番号		氏名	フリガナ 氏 名	生年月日	昭和 平令	年	月	日	性別	1. 男 2. 女
	取得年月日	昭和 平令	年	月	日	標準報酬月額	千円	住民票住所	〒		

被扶養者	氏名	フリガナ 氏 名	生年月日	昭和 平令	年	月	日	性別	1. 男 2. 女	続柄	(例) 長男	
	個人番号							住民票住所	1.同居 2.別居	同上	(同上の場合はチェックをいれてください。)	
	(別居の場合) 仕送り状況	1. 有 2. 無	仕送り金額	(月)	円	マイナ保険証	1. 有 2. 無					
	届の内容	1. 増加 2. 減少	増加の理由 減少の理由	被扶養者になった日	令和	年	月	日	職業			
	被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	保険証の回収区分	1.添付 2. 返不能 3. 滅失	備考				

被扶養者	氏名	フリガナ 氏 名	生年月日	昭和 平令	年	月	日	性別	1. 男 2. 女	続柄	(例) 長男	
	個人番号							住民票住所	1.同居 2.別居	同上	(同上の場合はチェックをいれてください。)	
	(別居の場合) 仕送り状況	1. 有 2. 無	仕送り金額	(月)	円	マイナ保険証	1. 有 2. 無					
	届の内容	1. 増加 2. 減少	増加の理由 減少の理由	被扶養者になった日	令和	年	月	日	職業			
	被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	保険証の回収区分	1.添付 2. 返不能 3. 滅失	備考				

被扶養者	氏名	フリガナ 氏 名	生年月日	昭和 平令	年	月	日	性別	1. 男 2. 女	続柄	(例) 長男	
	個人番号							住民票住所	1.同居 2.別居	同上	(同上の場合はチェックをいれてください。)	
	(別居の場合) 仕送り状況	1. 有 2. 無	仕送り金額	(月)	円	マイナ保険証	1. 有 2. 無					
	届の内容	1. 増加 2. 減少	増加の理由 減少の理由	被扶養者になった日	令和	年	月	日	職業			
	被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	保険証の回収区分	1.添付 2. 返不能 3. 滅失	備考				

*この届分に不届があるときは、届分があったことを知った日の翌月から起算して3ヶ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届があるときは、再審査請求又は届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月から起算して2か月以内に文書又は口頭で社会保険審査会（厚生労働省管内）に対して行うことができ、届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ヶ月以内）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届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提起することができます。

*当通知にご不明な点がある場合は、当健康保険組合へお尋ねください。

*マイナ保険証「有」「無」は必ず、ご記入ください。

被保険者資格取得確認および標準報酬決定通知書
上記のとおり資格取得の確認および標準報酬の決定がなされたので通知します。

年 月 日
音羽健康保険組合理事長 金丸 徳雄