

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	
	事業主電話番号	

被保険者	証の番号		氏名	フリガナ 氏 名		生年月日	昭和 年 月 日	昭平令		性別	1. 男 2. 女
	取得年月日	昭和 年 月 日	標準報酬月額		千円	配偶者の有無	1. 無 2. 有				

被扶養者	氏名	フリガナ 氏 名		生年月日	昭和 年 月 日	昭平令		性別	1. 男 2. 女	続柄	(例) 長男	
	届の内容	1. 増加 2. 減少	増加の理由		扶養開始日 (健保記入)	令和 年 月 日	職業					
	個人番号						月平均収入額 (勤労収入) 円 (年金収入) 円	被保険者との世帯	1. 同居 2. 別居			
	住所 (別居の場合)	〒 ー					仕送り状況	1. 有 2. 無	仕送り金額 (月)		別居理由	円
	扶養削除日	令和 年 月 日	減少の理由				備考					

被扶養者	氏名	フリガナ 氏 名		生年月日	昭和 年 月 日	昭平令		性別	1. 男 2. 女	続柄	(例) 長男	
	届の内容	1. 増加 2. 減少	増加の理由		扶養開始日 (健保記入)	令和 年 月 日	職業					
	個人番号						月平均収入額 (勤労収入) 円 (年金収入) 円	被保険者との世帯	1. 同居 2. 別居			
	住所 (別居の場合)	〒 ー					仕送り状況	1. 有 2. 無	仕送り金額 (月)		別居理由	円
	扶養削除日	令和 年 月 日	減少の理由				備考					

被扶養者	氏名	フリガナ 氏 名		生年月日	昭和 年 月 日	昭平令		性別	1. 男 2. 女	続柄	(例) 長男	
	届の内容	1. 増加 2. 減少	増加の理由		扶養開始日 (健保記入)	令和 年 月 日	職業					
	個人番号						月平均収入額 (勤労収入) 円 (年金収入) 円	被保険者との世帯	1. 同居 2. 別居			
	住所 (別居の場合)	〒 ー					仕送り状況	1. 有 2. 無	仕送り金額 (月)		別居理由	円
	扶養削除日	令和 年 月 日	減少の理由				備考					

*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月から起算して2カ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、その裁判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、決定又は裁判の日から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。

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