

常務理事	事務長	担当者

健康保険被扶養者(異動)届

被保険者記号	被保険者の氏名	性別	標準報酬額	
記号-番号	番号	男 女	千円 月額	
被保険者の生年月日	昭和・平成年月日	資格取得年月日	昭和・平成・令和年月日	過去一年間の報酬以外の収入
被保険者の現住所	〒			
被保険者の住民票住所	<input type="checkbox"/> 「現住所」と同じ場合はチェックして下さい			

被扶養者ではない配偶者を有するときに記入してください。					配偶者の今後1年間の収入見込額	円
増・減に○	被扶養者氏名 (減:資格確認書写しを添付・個人番号不要)	被扶養者の生年月日	昭和・平成・令和年月日	被扶養者の今後1年間の収入見込	円	
増	(フリガナ)	性別 男・女	被保険者との関係	職業	扶養し始めた日 扶養しなくなった日	令和 年月日
減		個人番号	—	—	扶養し始めた理由 扶養しなくなった理由	
現住所	同居 別居	〒				
住民票住所		<input type="checkbox"/> 「現住所」と同じ場合はチェックして下さい				
増・減に○	被扶養者氏名 (減:資格確認書写しを添付・個人番号不要)	被扶養者の生年月日	昭和・平成・令和年月日	被扶養者の今後1年間の収入見込	円	
増	(フリガナ)	性別 男・女	被保険者との関係	職業	扶養し始めた日 扶養しなくなった日	令和 年月日
減		個人番号	—	—	扶養し始めた理由 扶養しなくなった理由	
現住所	同居 別居	〒				
住民票住所		<input type="checkbox"/> 「現住所」と同じ場合はチェックして下さい				
増・減に○	被扶養者氏名 (減:資格確認書写しを添付・個人番号不要)	被扶養者の生年月日	昭和・平成・令和年月日	被扶養者の今後1年間の収入見込	円	
増	(フリガナ)	性別 男・女	被保険者との関係	職業	扶養し始めた日 扶養しなくなった日	令和 年月日
減		個人番号	—	—	扶養し始めた理由 扶養しなくなった理由	
現住所	同居 別居	〒				
住民票住所		<input type="checkbox"/> 「現住所」と同じ場合はチェックして下さい				

この処分に不服があるときは、処分があつ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つたことを知った日から6か月以内(再審査請求があつたときは、その裁決があつ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、審査請求があつた日から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。

※提出先: 支店業務担当者 → 人事総務部 令和 年 月 日 提出

確認欄	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(被保険者)が確認している。
<input type="checkbox"/>	受付印

事業所所在地	<input type="checkbox"/> 届出記入の内容に誤りが無い事を確認しました。	事業主受付日: 令和 年 月 日
事業所名称		
事業主氏名		
電話番号		

※本帳票の内容は、業務上の連絡、給与等の支払、社会保険関係、福利厚生の提供、社員名簿・各種帳票の作成法律上の諸手続き、その他雇用管理上必要な諸手続きに利用します。
 但し関係会社等あるいは上記の個人情報の利用目的並びに取扱いについて同意のうえ記入致します。

文化シヤッターヘルスケア R7.10.1改訂