

正

# 健康保険被扶養者異動届

◎「正」「副」両方記入のうえ、二枚とも提出してください。  
◎※個人番号は、事業主が記入しますので、記入しないでください。

保険者番号	06273320				被保険者氏名	健保 太郎			住所	〒XXXX-XXXXXX 大阪府大阪市城東区鳴野東1-2-1					
被保険者証記号・番号	記号	1	番号	XXXXXX	性別	男	女	生年月日	S H XX年 X月 X日生			Tel	XXXX-XXXX-XXXX		
所属部署	本社 ○○部 ○○課				性別	男	女	生年月日	S H XX年 X月 X日生			Tel	XXXX-XXXX-XXXX		
異動する被扶養者の氏名	性別	生年月日		続柄 ※注1	職業 ※注2	年間収入 ※注3	同居別居の別	被扶養者となった日	被扶養者でなくなった日	被扶養者となった理由又は被扶養者でなくなった理由 ※注4	事業主記入欄 給与所得の扶養控除申告の有無		備考		
カガナ ケンボ ハナコ 健保 花子	男 女	昭平令	X X X	長女	会社員	300万円	同居 別居	年 月 日	年 月 日	就職	有・無				
※個人番号										X X X X					
カガナ	男 女	昭平令					同居 別居	年 月 日	年 月 日		有・無				
※個人番号															
カガナ	男 女	昭平令					同居 別居	年 月 日	年 月 日		有・無				
※個人番号															
カガナ	男 女	昭平令					同居 別居	年 月 日	年 月 日		有・無				
※個人番号															

事業所所在地	上記のとおり事実を確認したので証明します。 年 月 日
事業所名称	
事業主氏名	

常務理事	事務長	担当	担当	被扶養者 台帳入力	被保険者 証交

受付印

- 注意事項**
- 注1) 続柄は妻、長男、養子、実父、養母、弟、妻の実父（義父などの表現は不可）など詳しく記入してください。
  - 注2) 職業欄は文字にこだわらず「小学3年」、「高校2年」、内職、年金収入、家賃収入、配当収入など実態が一目でわかるように記入してください。（大学生については在学証明書などを添付してください。）
  - 注3) 異動日より向こう1年間の収入見込み額を記入してください。（年金受給者は年金額通知書などの写しをその他の収入のある方については、収入額のわかる証明書を添付してください。）
  - 注4) 理由は、被扶養者に入れる場合は結婚、出生、失業など、被扶養者から除外する場合は就職、離婚、死亡などの事実を記入してください。

副

健康保険被扶養者認定通知書

◎「正」「副」両方記入のうえ、二枚とも提出してください。

保険者番号	06273320				被保険者氏名	健保 太郎			住所	〒XXXX-XXXX 大阪府大阪市城東区鳴野東1-2-1																							
被保険者証記号・番号	記号	1	番号	XXXXXX	性別	男	生年月日	S H	××年	×月	×日	Tel	XXXX	-	XXXX	-	XXXX																
所属部署	本社 ○○部 ○○課				続柄	※注1			職業	※注2			年間収入	※注3			同居別居の別	被扶養者となった日	被扶養者でなくなった日	被扶養者となった理由又は被扶養者でなくなった理由	※注4	事業主記入欄	給与所得の扶養控除申告の有無	備考									
異動する被扶養者の氏名	フリガナ	ケンボ	ハナコ	性別	男	生年月日	昭平	年	月	日	続柄	長女	職業	会社員	年間収入	300万円	同居別居の別	同居	被扶養者となった日	年	月	日	被扶養者でなくなった日	年	月	日	理由	就職	有・無				
※個人番号																																	
フリガナ				男・女		昭平													同居・別居														
フリガナ				男・女		昭平													同居・別居														
フリガナ				男・女		昭平													同居・別居														
フリガナ				男・女		昭平													同居・別居														

上記のとおり 認定 しましたので通知します。

受付印

年 月 日

タカラスタダード健康保険組合

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と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。