

被扶養者届 (増加用)

エクセル版は左の届を入力すると
右の通知書に反映されます。

| | | |
|-----|----|-----|
| 事務長 | 課長 | 担当者 |
| | | |

被扶養者 (資格取得) 決定通知書

記入不可

令和 年 月 日
本書の通り被扶養者を認定
しましたので通知します。
S K健康保険組合

| | | | |
|---|--|-------|-----------------|
| 被保険者証の 記号-番号 | 123 - 1234567 | 氏名 | 健康 太郎 |
| 生年月日 | 5. 昭和 7. 平成 45 年 4 月 1 日 | 提出年月日 | 令和 5 年 12 月 8 日 |
| 住民票住所 | 〒 111 - 2222 TEL 0123 - 45 - 6789 〇〇〇〇県〇〇市〇〇町〇〇1丁目2番3号 〇〇マンション405号室 | | |
| 居住の住所 住民票と同じ場 合、記入は不要 | 〒 999 - 8888 TEL 090 - 0880 - 0777 □□県□□□□市□□□4丁目5番 □□□寮601号室 | | |
| 被保険者証の記号・番号を記入しない場合、被保険者のマイナンバーを記入し、 個人番号確認、本人確認をするための注4の添付書類をつけて提出ください。 | | | |

| | | | |
|-----------------------------|--|-------|-----------------|
| 被保険者証の 記号-番号 | 1234567 | 氏名 | 健康 太郎 |
| 生年月日 | 5. 昭和 7. 平成 45 年 4 月 1 日 | 提出年月日 | 令和 5 年 12 月 8 日 |
| 住民票住所 | 〒 111 - 2222 TEL 0123 - 45 - 6789 〇〇〇〇県〇〇市〇〇町〇〇1丁目2番3号 〇〇マンション405号室 | | |
| 居住の住所 住民票と同じ場 合、記入は不要 | 〒 999 - 8888 TEL 090 - 0880 - 0777 □□県□□□□市□□□4丁目5番 □□□寮601号室 | | |

| | | | | | | | |
|-----------------------------|-------------------|----|--------------------|---------------------------------------|----------|--|--|
| (フリガナ) 氏名 | ケンコウ ハナコ 健康 花子 | | 生年月日 | 5. 昭和 7. 平成 9. 令和 50 年 9 月 10 日 | | | |
| 被保険者 との続柄 | 長男等具体的に記入 妻 | 性別 | 2 | 1. 男 2. 女 | 個人番号 | 未記入の場合、届出後5日以内に提出のこと 1234 - 5678 - 9100 | |
| 今回申請 の理由 | 令和5年11月30日に退職した | | 今回申請の 事由発生日 | 令和 5 年 12 月 1 日 | | | |
| 住民票住所 | 〒 - TEL - | | 住民票が 別世帯 の理由 | | | | |
| 居住の住所 住民票と同じ場 合、記入は不要 | 〒 - TEL - | | 居住の 住所が 別の理由 | 被保険者が 単身赴任のため | | | |
| ※健保決定欄記入不可 | | | | 認定(取得)年月日 | 令和 年 月 日 | | |

| | | | | | | | |
|-----------------------------|-------------------|----|--------------------|---------------------------------------|----------|--------------------------|--|
| (フリガナ) 氏名 | ケンコウ ハナコ 健康 花子 | | 生年月日 | 5. 昭和 7. 平成 9. 令和 50 年 9 月 10 日 | | | |
| 被保険者 との続柄 | 長男等具体的に記入 妻 | 性別 | 2 | 1. 男 2. 女 | 個人番号 | 未記入の場合、 届出後5日以内に提出のこと | |
| 今回申請 の理由 | 令和5年11月30日に退職した | | 今回申請の 事由発生日 | 令和 5 年 12 月 1 日 | | | |
| 住民票住所 | 〒 - TEL - | | 住民票が 別世帯 の理由 | | | | |
| 居住の住所 住民票と同じ場 合、記入は不要 | 〒 - TEL - | | 居住の 住所が 別の理由 | 被保険者が 単身赴任のため | | | |
| ※健保決定欄記入不可 | | | | 認定(取得)年月日 | 令和 年 月 日 | | |

| | | | | | | | |
|-----------------------------|---|----|--------------------|--------------------------------------|----------|--|--|
| (フリガナ) 氏名 | ケンコウ ソウマ 健康 颯真 | | 生年月日 | 5. 昭和 7. 平成 9. 令和 16 年 5 月 2 日 | | | |
| 被保険者 との続柄 | 長男等具体的に記入 二男 | 性別 | 1 | 1. 男 2. 女 | 個人番号 | 未記入の場合、届出後5日以内に提出のこと 0123 - 4567 - 8910 | |
| 今回申請 の理由 | 今まで母に扶養されていたが、 母が退職した | | 今回申請の 事由発生日 | 令和 5 年 12 月 1 日 | | | |
| 住民票住所 | 〒 - TEL - | | 住民票が 別世帯 の理由 | | | | |
| 居住の住所 住民票と同じ場 合、記入は不要 | 〒 555 - 6666 TEL 080 - 0123 - 0147 ◎◎府◎◎市◎◎町◎◎通5丁目1-6 ◎◎寮102号室 | | 居住の 住所が 別の理由 | 進学のため | | | |
| ※健保決定欄記入不可 | | | | 認定(取得)年月日 | 令和 年 月 日 | | |

| | | | | | | | |
|-----------------------------|---|----|--------------------|--------------------------------------|----------|--------------------------|--|
| (フリガナ) 氏名 | ケンコウ ソウマ 健康 颯真 | | 生年月日 | 5. 昭和 7. 平成 9. 令和 16 年 5 月 2 日 | | | |
| 被保険者 との続柄 | 長男等具体的に記入 二男 | 性別 | 1 | 1. 男 2. 女 | 個人番号 | 未記入の場合、 届出後5日以内に提出のこと | |
| 今回申請 の理由 | 母が退職した | | 今回申請の 事由発生日 | 令和 5 年 12 月 1 日 | | | |
| 住民票住所 | 〒 - TEL - | | 住民票が 別世帯 の理由 | | | | |
| 居住の住所 住民票と同じ場 合、記入は不要 | 〒 555 - 6666 TEL 080 - 0123 - 0147 ◎◎府◎◎市◎◎町◎◎通5丁目1-6 ◎◎寮102号室 | | 居住の 住所が 別の理由 | 進学のため | | | |
| ※健保決定欄記入不可 | | | | 認定(取得)年月日 | 令和 年 月 日 | | |

| | | | |
|------|--|--|---|
| 事業主欄 | 確認欄 <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> を 入れる | 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 か申請者本人が確認している。 | 上記のとおり相違ありません。 令和 5 年 12 月 8 日 所在地 □□県□□□□市▽▽1丁目10番地 名称 ●●●●●株式会社 役 職 総務部長 氏 名 ◎山 ◎敏 |
|------|--|--|---|

| | |
|------|---|
| 事業主欄 | 令和 5 年 12 月 8 日 所在地 □□県□□□□市▽▽1丁目10番地 名称 ●●●●●株式会社 役 職 総務部長 氏 名 ◎山 ◎敏 |
|------|---|

【注意 事項】

- この届は、事由発生日より5日以内に提出ください。
- 消えないボールペンを使用し、訂正は二線抹消し訂正者氏名を自署してください。(修正テープ使用不可)
- 選択欄は該当数字を記入するか該当数字に〇、続柄は長男等、具体的に記入してください。(※欄は記入不可)
- 被保険者の記号・番号を記入せず、マイナンバーで届出の場合、マイナンバーカードの両面の写しもしくは、マイナンバーを記載した公的書類の写しと官公署が発行する写真付き身分証の写しのどちらかを添付してください。
- 認定申請者の住民票住所と居住の住所が被保険者と同一の場合、認定申請者欄の住所は記入不要です。
- 届出理由が出生以外は、この届と一緒に「被扶養者(認定対象者)状況届」を提出してください。

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。