

黒の油性ボールペンで記入して下さい。

※フリクションボールペン等消せる筆記具不可

健康保険被扶養者(異動)届

決裁

日付印

Table with columns: 常務理事, 事務長, 課長, 係

※ 記入漏れ 確認書類の添付漏れがあった場合は受理できません。
※ 異動の種類は、1種類のみ 例)追加と出生を同用紙では申請できません。

Main form for health insurance dependent person (異動)届. Includes fields for insured person's name, birth date, address, and movement type.

追加

- 世帯全員の住民票 (続柄・筆頭者記載あり・3か月以内発行)【原本】を被扶養者現況届に添付
扶養追加(資格取得)したい日から2週間以内に、健康保険組合へ到着するよう提出
被扶養者異動届+被扶養者現況届(人数分)を記入し、各自必要な添付書類とセットで提出

削除

- 削除する日から2か月以上経過している場合は、遅延理由書(本人押印忘れずに)が必須
就職、社保加入等で新しい資格取得した際は、資格情報のお知らせ等取得年月日が分かるもの(写し)又は資格取得証明書(写し)を添付
死亡の場合は、死亡日の翌日を「被扶養者ではなくなった日」に記入する

資格確認書 交付について

- 資格確認書の欄にレ点を付けた方は、別途「資格確認書交付申請書(扶養申請用)」を添付の上ご提出ください

Form for dependent person (被扶養者欄) - Entry 1. Includes fields for name, birth date, occupation, and dependency status.

Form for dependent person (被扶養者欄) - Entry 2. Includes fields for name, birth date, occupation, and dependency status.

Form for dependent person (被扶養者欄) - Entry 3. Includes fields for name, birth date, occupation, and dependency status.

2024.12

Form for business information (事業所所在地, 事業所名称, 事業主氏名, 電話番号).

令和 年 月 日 提出

受付年月日

事業主受付



【帳票ルート】 本人 => 事業主(担当人事) => 健康保険組合 ※異動が発生した日より2週間以内に健保必着

健康保険被扶養者(異動)届

付記事項

※事業主は健康保険法施行規則第34条により、この通知書を完結の日から2年間保存しておかなければなりません。

※この通知書を受けたときは、事業主は速やかにそのことを被保険者に通知して下さい。

| | | | | | | | | | |
|-------|-----------|----------|---------------------------------|----------------------|---|------|--------------------------|--------|----------------------------|
| 被保険者欄 | 被保険者証の記号 | 被保険者証の番号 | 生年月日 | 5.昭和 7.平成 9.令和 | 年 | 月 | 日 | 標準報酬月額 | 千円 |
| | 氏名 (氏) | (名) | 取得年月日 | 5.昭和 7.平成 9.令和 | 年 | 月 | 日 | 給与 | 1. 日給月給 2. 時間給 3. 年俸 |
| | 住所 | 異動の種類 | 1 追加 ・ 2 追加(出生のみ) ・ 3 削除 ・ 4 変更 | | | 変更内容 | 1. 氏名変更 2. その他 () | | |

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。

| | | | | | | | | |
|-------|-------------------------------------|--|----------------------|---------------|-------|-------------------|---|------------------|
| 被扶養者欄 | (フリガナ) | 生年月日 | 5.昭和 7.平成 9.令和 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 1.男 2.女 |
| | 氏名 (氏) | (名) | 個人番号 | | | | | |
| | 職業 | 続柄 | 住所 | 1.同居 2.別居 | 別居の場合 | 資格 確認書 | <input type="checkbox"/> 発行が必要 ※別途申請書の添付必要 | 認定の可否 ↓組合記入欄↓ |
| | 被扶養者になった日 又は被扶養者でなくなった日 又は変更日 | 9.令和 | 年 | 月 | 日 | 追加又は削除 又は変更の理由 | 1.新規 2.扶養異動 3.退職 4.就職 5.死亡 6.収入増加 (国保or社保加入) 7.その他() | 可・否 |
| | 喪失(削除) 証明書の要否 | ※扶養を削除される方のみ記入。 <input type="checkbox"/> 必要 | | ※必要な方のみ口にチェック | | 備考 | | |

| | | | | | | | | |
|-------|-------------------------------------|--|----------------------|---------------|-------|-------------------|---|------------------|
| 被扶養者欄 | (フリガナ) | 生年月日 | 5.昭和 7.平成 9.令和 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 1.男 2.女 |
| | 氏名 (氏) | (名) | 個人番号 | | | | | |
| | 職業 | 続柄 | 住所 | 1.同居 2.別居 | 別居の場合 | 資格 確認書 | <input type="checkbox"/> 発行が必要 ※別途申請書の添付必要 | 認定の可否 ↓組合記入欄↓ |
| | 被扶養者になった日 又は被扶養者でなくなった日 又は変更日 | 9.令和 | 年 | 月 | 日 | 追加又は削除 又は変更の理由 | 1.新規 2.扶養異動 3.退職 4.就職 5.死亡 6.収入増加 (国保or社保加入) 7.その他() | 可・否 |
| | 喪失(削除) 証明書の要否 | ※扶養を削除される方のみ記入。 <input type="checkbox"/> 必要 | | ※必要な方のみ口にチェック | | 備考 | | |

| | | | | | | | | |
|-------|-------------------------------------|--|----------------------|---------------|-------|-------------------|---|------------------|
| 被扶養者欄 | (フリガナ) | 生年月日 | 5.昭和 7.平成 9.令和 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 1.男 2.女 |
| | 氏名 (氏) | (名) | 個人番号 | | | | | |
| | 職業 | 続柄 | 住所 | 1.同居 2.別居 | 別居の場合 | 資格 確認書 | <input type="checkbox"/> 発行が必要 ※別途申請書の添付必要 | 認定の可否 ↓組合記入欄↓ |
| | 被扶養者になった日 又は被扶養者でなくなった日 又は変更日 | 9.令和 | 年 | 月 | 日 | 追加又は削除 又は変更の理由 | 1.新規 2.扶養異動 3.退職 4.就職 5.死亡 6.収入増加 (国保or社保加入) 7.その他() | 可・否 |
| | 喪失(削除) 証明書の要否 | ※扶養を削除される方のみ記入。 <input type="checkbox"/> 必要 | | ※必要な方のみ口にチェック | | 備考 | | |

2024.12

| | | |
|--------|-----|---|
| 事業所所在地 | 〒 | |
| 事業所名称 | | |
| 事業主氏名 | | 印 |
| 電話番号 | () | |

令和 年 月 日 提出

受付年月日

うえのとおり認定になりましたから通知します

令和 年 月 日

イオン健康保険組合理事長