

被扶養者届

※ 健 保 処 理 欄			
常務理事	事務長	グループ長	担当者

被保険者	記号	番号	(フリガナ)		性別	男・女	生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	被保険者			(氏)								(名)
資格取得の年	月	日	昭和 平成 令和	年	月	日	(フリガナ) 被保険者住所 (住民票住所)					
(フリガナ) 被扶養者氏名		性別	生年月日	続柄 (妻・長男等)	同居・別居	個人番号 別居*1の場合のみ住所を記入してください		別居理由欄外参照	異動理由欄外*参照 (下記に○)	認定・削除に該当した日		※健保処理欄 認定・削除日
	男	昭 平 令	年 月 日		同居 別居		該当の番号を記入	A B	1 2 3 4	5 6 7 8	令和 年 月 日	
	女	昭 平 令	年 月 日		同居 別居		該当の番号を記入	A B	1 2 3 4	5 6 7 8	令和 年 月 日	
	男	昭 平 令	年 月 日		同居 別居		該当の番号を記入	A B	1 2 3 4	5 6 7 8	令和 年 月 日	
	女	昭 平 令	年 月 日		同居 別居		該当の番号を記入	A B	1 2 3 4	5 6 7 8	令和 年 月 日	
	男	昭 平 令	年 月 日		同居 別居		該当の番号を記入	A B	1 2 3 4	5 6 7 8	令和 年 月 日	
	女	昭 平 令	年 月 日		同居 別居		該当の番号を記入	A B	1 2 3 4	5 6 7 8	令和 年 月 日	

※健保処理欄は記入しないでください

*A 認定の理由	1. 出生 2. 退職 3. 結婚 4. 被保険者の取得に伴う(転勤含む) 5. 雇用保険受給終了 6. 収入減少等による生計維持関係の発生 7. その他()
*B 削除の理由	1. 就職(パート含む) 2. 離婚 3. 死亡 4. 結婚 5. 雇用保険受給開始 6. 収入超過 7. 別居等による生計維持関係の消滅 8. その他()
別居の理由	1. 被保険者が単身赴任 2. 遠隔地に通学 3. その他()

上記の届出事項について、事実と相違ないことを証明します。

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	〒 -
事業所名	
事業主(代理人)氏名	
電 話	()

※1 被保険者と住民票の住所が違う場合のみ別居に○をし住民票の住所を記入してください。
ただし単身赴任と通学以外の理由で別居の方は住民票の異動の有無に関わらず別居に○をし居所を記入してください。

○この届は認定又は削除の事由が発生してから原則として5日以内に提出してください。
 ○記入例を参照し、ボールペン又はペンで太枠内の必要事項に記入し、該当するものに○を付けてください。
 ○続柄は、妻、長男、長女、養子等戸籍の続柄を正確に、氏名は楷書で明確に記入してください。
 ○認定日は原則として受付日となりますが「認定の事由発生日」から2カ月以内に申請があった場合は該当日まで遡ることができます。
 ○認定および削除の場合は必要書類(ホームページ参照)を添付してください。
 ○削除の場合は保険証(交付されている方のみ)、資格確認書(交付されている方で有効期限内に削除する方のみ)を添付してください。

被扶養者確認通知書

被保険者	記号	番号	(フリガナ)	(氏)	(名)	性別	男・女	生年月日	昭和	年	月	日
	被保険者								平成			

資格取得の年	取得の月	取得の日	昭和 平成 令和	年	月	日	(フリガナ) 被保険者住所 (住民票住所)	〒	-
--------	------	------	----------------	---	---	---	-----------------------------	---	---

(フリガナ) 被扶養者氏名	性別	生年月日	続柄 (妻・長男等)	同居・別居	個人番号(通知書には記載しないでください)										別居理由欄外参照	異動理由欄外*参照(下記に○)	認定・削除に該当した日	※健保処理欄 認定・削除日			
					別居*1の場合のみ住所を記入してください																
	男	昭 平 令 年 月 日		同居・別居												該当の番号を記入	A B	1 2 3 4	5 6 7 8	令和 年 月 日	
	女	昭 平 令 年 月 日		同居・別居												該当の番号を記入	A B	1 2 3 4	5 6 7 8	令和 年 月 日	
	男	昭 平 令 年 月 日		同居・別居												該当の番号を記入	A B	1 2 3 4	5 6 7 8	令和 年 月 日	
	女	昭 平 令 年 月 日		同居・別居												該当の番号を記入	A B	1 2 3 4	5 6 7 8	令和 年 月 日	
	男	昭 平 令 年 月 日		同居・別居												該当の番号を記入	A B	1 2 3 4	5 6 7 8	令和 年 月 日	
	女	昭 平 令 年 月 日		同居・別居												該当の番号を記入	A B	1 2 3 4	5 6 7 8	令和 年 月 日	

*A 認定の理由	1. 出生 2. 退職 3. 結婚 4. 被保険者の取得に伴う(転勤含む) 5. 雇用保険受給終了 6. 収入減少等による生計維持関係の発生 7. その他()
*B 削除の理由	1. 就職(パート含む) 2. 離婚 3. 死亡 4. 結婚 5. 雇用保険受給開始 6. 収入超過 7. 別居等による生計維持関係の消滅 8. その他()
別居の理由	1. 被保険者が単身赴任 2. 遠隔地に通学 3. その他()

事業所所在地	〒	-
事業所名		
事業主(代理人)氏名	殿	
電話	()	

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

セキスイ健康保険組合 理事長