

被扶養者届（扶養に入れるとき）

※ 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		別居理由 欄外参照	異動理由 欄外参照 (下記に○)	認定に 該当した日	資格確認書 発行要否	※健保処理欄 認定日	
						別居※1の場合のみ住所を記入してください							
		男 女	昭 平 令	年 月 日		同居 ・ 別居			該当の番号を 記入	1 5 2 6 3 7 4	令和 年 月 日	発行が 必要 ☐	
		男 女	昭 平 令	年 月 日		同居 ・ 別居			該当の番号を 記入	1 5 2 6 3 7 4	令和 年 月 日	発行が 必要 ☐	
		男 女	昭 平 令	年 月 日		同居 ・ 別居			該当の番号を 記入	1 5 2 6 3 7 4	令和 年 月 日	発行が 必要 ☐	
		男 女	昭 平 令	年 月 日		同居 ・ 別居			該当の番号を 記入	1 5 2 6 3 7 4	令和 年 月 日	発行が 必要 ☐	

※健保処理欄は記入しないでください

異動の理由	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()
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()
資格確認書要否欄	1. マイナンバーカードを取得していないまたは返納した 2. マイナンバーカードを保有しているが保険証利用登録をしていない 3. マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れている 1～3に該当する方で資格確認書が必要な方は「発行が必要 □」欄にチェックを入れてください。

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。

被 扶 養 者 確 認 通 知 書 (認定)

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 (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 に 該 当 し た 日	資 格 確 認 書 発 行 要 否	※ 健保処理欄 認 定 日	
						別居※1の場合のみ住所を記入してください							
		男	昭和 平成 令和	年	月	日		同居・ 別居	該 当 の 番 号 を 記 入	1 5 2 6 3 7 4	令和 年 月 日	発行が 必要 ☐	
		女	昭和 平成 令和	年	月	日		同居・ 別居	該 当 の 番 号 を 記 入	1 5 2 6 3 7 4	令和 年 月 日	発行が 必要 ☐	
		男	昭和 平成 令和	年	月	日		同居・ 別居	該 当 の 番 号 を 記 入	1 5 2 6 3 7 4	令和 年 月 日	発行が 必要 ☐	
		女	昭和 平成 令和	年	月	日		同居・ 別居	該 当 の 番 号 を 記 入	1 5 2 6 3 7 4	令和 年 月 日	発行が 必要 ☐	
		男	昭和 平成 令和	年	月	日		同居・ 別居	該 当 の 番 号 を 記 入	1 5 2 6 3 7 4	令和 年 月 日	発行が 必要 ☐	
		女	昭和 平成 令和	年	月	日		同居・ 別居	該 当 の 番 号 を 記 入	1 5 2 6 3 7 4	令和 年 月 日	発行が 必要 ☐	

異動の理由	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()
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()
資格確認書要否欄	1. マイナンバーカードを取得していないまたは返納した 2. マイナンバーカードを保有しているが保険証利用登録をしていない 3. マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れている 1～3に該当する方で資格確認書が必要な方は「発行が必要 □」欄にチェックを入れてください。

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。

セキスイ健康保険組合 理事長