

常務理事	事務長	課長	係長	係

正

健康保険被扶養者（異動）届

①健康保険被 保険者証の記号	②健康保険被 保険者証の番号	③ 被 保 険 者 の 氏 名 (氏) (名)		④ 生 年 月 日 昭5 年 月 日 平7	⑤ 性 別 男 1 女 2	⑦ 資 格 取 得 年 月 日 昭和 年 月 日 平成 令和	⑧ 標 準 報 酬 月 額 千円					
⑨被保険者の住所					⑩備 考							
⑪※ 〔被扶 養者〕 枝番号	⑫ 増 減	⑬ 被 扶 養 者 の 氏 名 (フリガナ) (氏) (名)	⑭ 生 年 月 日 昭 平 令 年 月 日	⑮ 性 別 男 女	⑯ 続 柄	⑰ 被 扶 養 者 の 職 業	⑱ 被 扶 養 者 の 収 入	⑲ 同 世 帯 別 世 帯	⑳ 被 扶 養 者 に な っ た 日 平 成 令 和 年 月 日	㉑ 被 扶 養 者 で な く な っ た 日 平 成 令 和 年 月 日	㉒ 被 扶 養 者 に な っ た 理 由 又 は 除 か れ た 理 由	㉓ 備 考
	増・減							同世帯・別世帯				
	⑳ 個人番号						㉕被保険者証の添付	添付・不能				
	増・減							同世帯・別世帯				
	⑳ 個人番号						㉕被保険者証の添付	添付・不能				
	増・減							同世帯・別世帯				
	⑳ 個人番号						㉕被保険者証の添付	添付・不能				

◎「※」印欄は記入しないでください。
◎㉓個人番号欄は、「削除」の場合、記入しないでください。

事業所所在地	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。
事業所名称	〒
事業主氏名	
電 話	(局)

令和 年 月 日 提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印

【記入の方法】

1. ④、⑦及び⑭の年号は、該当する文字を○印で囲んでください。生年月日は、たとえば、昭和60年3月19日生れの場合は、

昭5	年	月	日
平7	6	0	0319

」のように記入してください。

2. ⑫は、被扶養者が増えたときは「増」を、減ったときは「減」を○印で囲んでください。

3. ⑳及び㉑の年月日は、たとえば、令和2年2月23日の場合は、

平成	年	月	日
令和	0	2	0223

」のように記入してください。

4. ⑤及び⑮は、該当する文字を○印で囲んでください。

5. ⑯は、被保険者との続柄を、「夫」、「妻」、「父」、「母」、「長男」、「長女」、「祖父」、「祖母」などと詳しく記入してください。

6. ⑰は、「職業」の文字にこだわらず、「小学校6年」、「高校2年」、「年金収入」などと、その実態がわかるように記入してください。

7. ⑲は、該当する文字を○印で囲んでください。別世帯の場合は被扶養者の住所を備考欄に記入して下さい。

8. ㉀は、被保険者になると同時に被扶養者になる者については、「被保険者資格取得年月日」を記入してください。

9. ㉒は、被扶養者が増えたときは、「出生」、「婚姻」、及び「失業」など、減ったときは、「就職」、「離婚」及び「死亡」などの事実を具体的に記入してください。

10. ㉔は、必ず本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。個人番号が記入できない方は、㉓備考に記入できない理由を必ず記入してください。

11. ㉕は、被扶養者でなくなった場合に、該当する被保険者証の添付状況を○印で囲んでください。

副

健康保険被扶養者認定又は削除通知書

令和 年 月 日

神奈川県自動車販売健康保険組合理事長

①健康保険被 保険者証の記号	②健康保険被 保険者証の番号	③ 被 保 険 者 の 氏 名		④ 生 年 月 日		⑤ 性 別		⑦ 資 格 取 得 年 月 日		⑧ 標 準 報 酬 月 額				
		(氏)	(名)	昭5 年 月 日	男 1	昭和 年 月 日	千円							
⑨被保険者の住所						⑩備 考								
⑪※ 〔被扶 養者〕 枝番号	⑫ 増 減	⑬ 被 扶 養 者 の 氏 名		⑭ 生 年 月 日		⑮ 性 別	⑯ 続 柄	⑰ 被 扶 養 者 の 職 業	⑱ 被 扶 養 者 の 収 入	⑲ 同 世 帯 別 世 帯	⑳ 被 扶 養 者 に な っ た 日	㉑ 被 扶 養 者 で な く な っ た 日	㉒ 被 扶 養 者 に な っ た 理 由 又 は 除 け た 理 由	㉓ 備 考
		(フリガナ)	(名)	昭 年 月 日	男・女									
⑭ 個人 番 号														
増 減	⑫	⑬		⑭		⑮	⑯	⑰	⑱	⑲	⑳	㉑	㉒	㉓
		(フリガナ)	(名)	昭 年 月 日	男・女									
⑭ 個人 番 号														
増 減	⑫	⑬		⑭		⑮	⑯	⑰	⑱	⑲	⑳	㉑	㉒	㉓
		(フリガナ)	(名)	昭 年 月 日	男・女									
⑭ 個人 番 号														
増 減	⑫	⑬		⑭		⑮	⑯	⑰	⑱	⑲	⑳	㉑	㉒	㉓
		(フリガナ)	(名)	昭 年 月 日	男・女									
⑭ 個人 番 号														

◎「※」印欄は記入しないでください。
◎個人番号欄は、「削除」の場合、記入しないでください。

受付日付印

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		
電 話	(局)

この処分不服があるときは、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提起することができます。