

健康保険被扶養者異動届(後期高齢者医療用)

事業所所在地、事業所名称、事業主氏名

Organizational chart table with columns: 常務理事, 事務長, 課長, 主任, 係

この届書は被扶養者に異動(増減)を生じたときに、その日から5日以内に事業主を経由して組合へ提出してください。

Main application form with fields for 提出年月日, 記号, 性別, 氏名, 生年月日, 資格取得年月日, 標準報酬月額, 住民票の住所, 居所住所

被扶養者① form with fields for 増・減の区別, フリガナ, 氏名, 性別, 生年月日, 続柄, 職業, 月平均収入, 世帯別, 扶養を始めた日, 扶養を始めた理由, 扶養をなくなった日, 扶養をなくなった理由, 個人番号

被扶養者② form with fields for 増・減の区別, フリガナ, 氏名, 性別, 生年月日, 続柄, 職業, 月平均収入, 世帯別, 扶養を始めた日, 扶養を始めた理由, 扶養をなくなった日, 扶養をなくなった理由, 個人番号

【 記入注意事項 】

※ 「9」居所住所欄は、住民票の住所と居所が違う場合に記入してください。

- 「10」「12」「13の元号」「17」には、あてはまるものに○をつけてください。
「14」には「妻」「内縁の妻」「長男」「長女」「養子」「妻の子」「孫」「実父母」「養父母」「兄弟姉妹」など詳しく書いてください。
「15」には職業の文字にこだわらず「乳幼児」「小学1年」「大学1年」「パート」「年金」「利子収入」「自営業」「無職」など、その実態がわかるように書いてください。
「19」には「出生」「結婚」「養子縁組」「退職」「収入減」「雇用保険受給終了」「死亡」「離婚」「収入増」「雇用保険受給開始」など具体的に書いてください。
「20」には「扶養増」の場合、必ず「個人番号(マイナンバー)」を記入してください。(健康保険法施行規則第38条による。)
「扶養減」の場合、「個人番号」は被保険者の記号番号を記入した場合は不要です。

確認欄 table with columns: 確認欄, 下記を確認のうえ、左に☑をご記入ください。
 この届出については、①または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をしている。

受付日付印

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

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。