

正

提出先：各会社の社会保険担当者  
正・副 2 ページを提出して下さい。

### 健康保険被扶養者（異動）届

太枠内を記入して下さい。

**マイナンバーについて** 出生等にてマイナンバーが付与されていない場合はあらためて届出ていただきます。

- (1) この届書は被扶養者に異動（増減）が生じたとき、5日以内に健保組合へ提出してください。
- 被扶養者（減）の場合はその方の資格確認書（有効期限内のもの）を添付してください。
- (2) 扶養認定日は原則として決裁日となります。
- (3) 住民票住所と居所が異なる場合、居所を住所変更届にて届出ください。
- (4) 添付書類は健保ホームページの「提出書類一覧表」を参照してください。
- (5) 被扶養者（減）の届出の場合⑬～⑯、⑲の記入は不要です。

提出月日 年 月 日

| この欄は、届出をする被保険者本人について記入して下さい。 |    |    |  |  |  |       |           |        |     |   |   |  |
|------------------------------|----|----|--|--|--|-------|-----------|--------|-----|---|---|--|
| ① 被保険者等                      | 記号 | 番号 |  |  |  | 枝番    | ② 氏名      | ③ 生年月日 | 昭・平 | 年 | 月 | 日  |
|                              |    |    |  |  |  | - 0 0 |           |        |     |   |   |  |
| ④ 住民票住所                      | 〒  |    |  |  |  |       | ⑤ 資格取得年月日 | 昭・平    | 年   | 月 | 日 |  |
| ⑥ 事業所の名称                     |    |    |  |  |  |       |           |        |     |   |   | ⑦ 被保険者及び配偶者の年間収入<br>(配偶者がいない場合は「配偶者なし」と記入ください) |

| この欄は、増減する被扶養者のみについて記入して下さい。 |                        |        |                  |      |          |              |                |                                |   |        |                                | 健保組合使用欄 |    |
|-----------------------------|------------------------|--------|------------------|------|----------|--------------|----------------|--------------------------------|---|--------|--------------------------------|---------|----|
| ⑧ 増加<br>又は減少の別              | ⑨ (フリガナ)<br>氏名<br>生年月日 | ⑩ 性別   | ⑪ 被保険者との戸籍上の続柄   | ⑫ 職業 | ⑬ 月平均収入額 | ⑭ 被保険者と同居・別居 | ⑮ 扶養されるようになった日 | ⑯ 資格確認書発行要否                    | ⑰ 扶養されなくなった日<br><small>死亡の場合は死亡日の翌日</small> | ⑱ 削除理由 | ⑲ 喪失証明書発行要否                    | 認定年月日   | 備考 |
| 増減                          | (フリガナ)                 | 男・女    |                  |      | 円        | 同居・別居        | 令和 年 月 日       | <input type="checkbox"/> 発行が必要 | 令和 年 月 日                                    |        | <input type="checkbox"/> 発行が必要 | 年 月 日   |    |
|                             | 昭・平・令                  | 年 月 日生 | ⑳ 個人番号<br>マイナンバー |      |          | 〒            | (別居の場合は要記入)    |                                |   |        |                                | 年 月 日   |    |
| 増減                          | (フリガナ)                 | 男・女    |                  |      | 円        | 同居・別居        | 令和 年 月 日       | <input type="checkbox"/> 発行が必要 | 令和 年 月 日                                    |        | <input type="checkbox"/> 発行が必要 | 年 月 日   |    |
|                             | 昭・平・令                  | 年 月 日生 | ⑳ 個人番号<br>マイナンバー |      |          | 〒            | (別居の場合は要記入)    |                                |   |        |                                | 年 月 日   |    |
| 増減                          | (フリガナ)                 | 男・女    |                  |      | 円        | 同居・別居        | 令和 年 月 日       | <input type="checkbox"/> 発行が必要 | 令和 年 月 日                                    |        | <input type="checkbox"/> 発行が必要 | 年 月 日   |    |
|                             | 昭・平・令                  | 年 月 日生 | ⑳ 個人番号<br>マイナンバー |      |          | 〒            | (別居の場合は要記入)    |                                |   |        |                                | 年 月 日   |    |
| 増減                          | (フリガナ)                 | 男・女    |                  |      | 円        | 同居・別居        | 令和 年 月 日       | <input type="checkbox"/> 発行が必要 | 令和 年 月 日                                    |        | <input type="checkbox"/> 発行が必要 | 年 月 日   |    |
|                             | 昭・平・令                  | 年 月 日生 | ⑳ 個人番号<br>マイナンバー |      |          | 〒            | (別居の場合は要記入)    |                                |   |        |                                | 年 月 日   |    |

|        |        |   |
|--------|--------|---|
| 事業主記入欄 | 事業所所在地 | 〒 |
|        | 事業所名称  |   |
|        | 事業主氏名  |   |
|        | 電話     |   |

|      |     |     |     |
|------|-----|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | G L | 担当者 |
|      |     |     |     |

決裁日付印 受付日付印

副

提出先：各会社の社会保険担当者  
正・副 2 ページを提出して下さい。

## 健康保険被扶養者認定又は削除通知書

太枠内を記入して下さい。

提出月日 年 月 日

この欄は、届出をする被保険者本人について記入して下さい。

|          |    |    |  |  |  |       |      |  |       |   |   |   |   |
|----------|----|----|--|--|--|-------|------|--|-------|---|---|---|---|
| ① 被保険者等  | 記号 | 番号 |  |  |  | 枝番    | ② 氏名 | ③ 生年月日   | 昭・平   | 年 | 月 | 日 | 生 |
|          |    |    |  |  |  | - 0 0 |      |  |       |   |   |   |   |
| ④ 住民票住所  | 〒  |    |  |  |  |       |      | ⑤ 資格取得年月日                                      | 昭・平   | 年 | 月 | 日 | 日 |
| ⑥ 事業所の名称 |    |    |  |  |  |       |      | ⑦ 被保険者及び配偶者の年間収入<br>(配偶者がいない場合は「配偶者なし」と記入ください) | 被保険者： |   | 円 |   | 円 |
|          |    |    |  |  |  |       |      | 配偶者：   |       | 円 |   | 円 |   |

この欄は、増減する被扶養者のみについて記入して下さい。

健保組合使用欄

| ⑧ 増加<br>又は減少の別 | ⑨ (フリガナ)<br>氏名<br>生年月日 | ⑩ 性別   | ⑪ 被保険者<br>との戸籍上<br>の続柄 | ⑫ 職業 | ⑬ 月平均収入額<br>円 | ⑭ 被保険者と<br>同居・別居 | ⑮ 扶養されるよう<br>になった日 | ⑯ 資格確認書<br>発行要否          | ⑰ 扶養されなく<br>なった日<br><small>死亡の場合は死亡日の翌日</small> | ⑱ 削除<br>理由 | ⑲ 喪失証明書<br>発行要否          | 認定年月日 | 備考 |
|----------------|------------------------|--------|------------------------|------|---------------|------------------|--------------------|--------------------------|---|------------|--------------------------|-------|----|
|                |                        |        |                        |      |               |                  |                    |                          |   |            |                          | 削除年月日 |    |
| 増減             | (フリガナ)                 | 男・女    |                        |      | 円             | 同居・別居            | 令和 年 月 日           | <input type="checkbox"/> | 令和 年 月 日  |            | <input type="checkbox"/> | 年 月 日 |    |
|                | 昭・平・令                  | 年 月 日生 | ⑳ 個人番号<br>マイナンバー       |      | ㉑ 住民票<br>住所   |                  | (別居の場合は要記入)        |                          | 年 月 日   |            |                          |       |    |
| 増減             | (フリガナ)                 | 男・女    |                        |      | 円             | 同居・別居            | 令和 年 月 日           | <input type="checkbox"/> | 令和 年 月 日  |            | <input type="checkbox"/> | 年 月 日 |    |
|                | 昭・平・令                  | 年 月 日生 | ⑳ 個人番号<br>マイナンバー       |      | ㉑ 住民票<br>住所   |                  | (別居の場合は要記入)        |                          | 年 月 日   |            |                          |       |    |
| 増減             | (フリガナ)                 | 男・女    |                        |      | 円             | 同居・別居            | 令和 年 月 日           | <input type="checkbox"/> | 令和 年 月 日  |            | <input type="checkbox"/> | 年 月 日 |    |
|                | 昭・平・令                  | 年 月 日生 | ⑳ 個人番号<br>マイナンバー       |      | ㉑ 住民票<br>住所   |                  | (別居の場合は要記入)        |                          | 年 月 日   |            |                          |       |    |
| 増減             | (フリガナ)                 | 男・女    |                        |      | 円             | 同居・別居            | 令和 年 月 日           | <input type="checkbox"/> | 令和 年 月 日  |            | <input type="checkbox"/> | 年 月 日 |    |
|                | 昭・平・令                  | 年 月 日生 | ⑳ 個人番号<br>マイナンバー       |      | ㉑ 住民票<br>住所   |                  | (別居の場合は要記入)        |                          | 年 月 日   |            |                          |       |    |

|        |        |   |
|--------|--------|---|
| 事業主記入欄 | 事業所所在地 | 〒 |
|        | 事業所名称  |   |
|        | 事業主氏名  |   |
|        | 電話     |   |

と認定  
健康保険被扶養者異動届にもつぎ、上記の者が被扶養者 されましたので通知します。  
から削除  
日本アイ・ビー・エム健康保険組合 理事長

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）に対して行うことができます。処分の取消しの訴えは、審査請求の決定があった日から6か月以内（再審査請求があったときは、その取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。事業主はこの通知書を選やかに被保険者に交付してください。