正

川崎汽船健康保険組合　御中

令和　　年　　月　　日　提出

健康保険被扶養者(異動)届　認定

(※印の項目の記載は必須です)

常務理事	事務長			係

被保険者の記号と番号	(記号) (番号)	性別 男・女	フリガナ 被保険者の氏名		被保険者の生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	
取得年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	現在の標準報酬月額	千円	現在の被保険者の年間収入	千円	配偶者を扶養せずに子供を扶養するとき、配偶者の年収	千円
被保険者の住民票住所	(〒　－　)					この届が受理される前の被扶養者数	名

認定	フリガナ(※) 被扶養者の氏名(※) 個人番号(マイナンバー)(※)	性別(※)	生年月日(※)	年齢	続柄	職業	月平均の収入額	同居別居	扶養を始めた日(届出者が記入) ＊認定年月日(健保記入)	被扶養者申請をする事由/備考	届出事項確認(事業主記入欄)
増	氏　名	男・女	昭 平 令　年　月　日						令和　年　月　日		□ 住民票記載の続柄確認
		住民票住所(※)(同居は記載不要)							＊		□ 住民票記載の住所確認
増	氏　名	男・女	昭 平 令　年　月　日						令和　年　月　日		□ 住民票記載の続柄確認
		住民票住所(※)(同居は記載不要)							＊		□ 住民票記載の住所確認
増	氏　名	男・女	昭 平 令　年　月　日						令和　年　月　日		□ 住民票記載の続柄確認
		住民票住所(※)(同居は記載不要)							＊		□ 住民票記載の住所確認
増	氏　名	男・女	昭 平 令　年　月　日						令和　年　月　日		□ 住民票記載の続柄確認
		住民票住所(※)(同居は記載不要)							＊		□ 住民票記載の住所確認

上記届書の記載内容(個人番号を含む)に誤りがないことを確認しました。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

被保険者(届出者)記入時の注意事項

◎ この届書は被保険者が資格取得時に被扶養者を申請するとき、或いは被扶養者に異動(増)が生じたときに、異動がある方のみを記入してください。

◎ 氏名は住民票と同じものを楷書で記入し、フリガナはカタカナで正確に記入してください。

◎ 続柄は「長男」「養女」「妻の母」などと記入してください。「子」は続柄の識別(登録)ができません。

◎ 職業欄には「パート」「自営業」「農業」「高校2年生」など、実体がわかるように記入してください。

事業主による届出事項確認について

住民票等により被扶養者の続柄・住所が届出記載と相違ないことを事業主が確認できた場合は、右端確認欄の □ に ✓ を付してください。配偶者と16歳未満の子は住民票添付が省略できます。

受付印

2024.01

副

健康保険被扶養者(異動)届　　認定通知書

令和　　年　　月　　日　提出

被保険者の記号と番号	(記号) (番号)	性　別 男・女	フリガナ 被保険者の氏名			被保険者の生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日
取得年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	現在の標準報酬月額	千円	現在の被保険者の年間収入	千円	配偶者を扶養せずに子供を扶養するとき、配偶者の年収	千円
被保険者の住民票住所	(〒　－　)					この届が受理される前の被扶養者数	名

認定	フリガナ 被扶養者の氏名	性別	生年月日	年齢	続柄	職業	月平均の収入額	同居別居	扶養を始めた日(届出者が記入) ＊認定年月日(健保記入)	被扶養者申請をする事由／備考	届出事項確認(事業主記入欄)
増	氏　名	男・女	昭 平 令　年　月　日						令和　年　月　日		□ 住民票記載の続柄確認
		住民票住所(同居は記載不要)							＊		□ 住民票記載の住所確認
増	氏　名	男・女	昭 平 令　年　月　日						令和　年　月　日		□ 住民票記載の続柄確認
		住民票住所(同居は記載不要)							＊		□ 住民票記載の住所確認
増	氏　名	男・女	昭 平 令　年　月　日						令和　年　月　日		□ 住民票記載の続柄確認
		住民票住所(同居は記載不要)							＊		□ 住民票記載の住所確認
増	氏　名	男・女	昭 平 令　年　月　日						令和　年　月　日		□ 住民票記載の続柄確認
		住民票住所(同居は記載不要)							＊		□ 住民票記載の住所確認

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ヶ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ヶ月以内(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。

上記のとおり認定しましたので通知します。

令和　　年　　月　　日

川崎汽船健康保険組合　理事長