

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

削除

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	(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 扶養しているとき、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		
削除	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 別 居 居	扶養されなくなった日 (届出者が記入)	被扶養者から削除する事由 / 備考
			男・女									※削除年月日(健保記入)	
減	氏 名		男・女	昭和 平成 令和	年	月	日					令和 年 月 日	※ 証回収日 令和 年 月 日
	住民票住所 (同居は記載不要)		※										
減	氏 名		男・女	昭和 平成 令和	年	月	日					令和 年 月 日	※ 証回収日 令和 年 月 日
	住民票住所 (同居は記載不要)		※										
減	氏 名		男・女	昭和 平成 令和	年	月	日					令和 年 月 日	※ 証回収日 令和 年 月 日
	住民票住所 (同居は記載不要)		※										
減	氏 名		男・女	昭和 平成 令和	年	月	日					令和 年 月 日	※ 証回収日 令和 年 月 日
	住民票住所 (同居は記載不要)		※										

上記届出の記載内容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

- ◎ この届書は被扶養者に異動(減)が生じたときに、異動のある方のみを記入し、5日以内に提出してください。
- ◎ 職業欄には「主婦」「パート」「自営業」「農業」「高校2年生」など、その実態がわかるように記入してください。
- ◎ 被扶養者から削除される事由は具体的に記入し、「その事実や削除該当日がわかる書類の写し」を添付してください。(75歳到達時は除く)
- ◎ 削除される方の「被保険者証」を添付してください。紛失されたときは被保険者証「滅失届」を添付してください。
- ◎ 削除される方が「限度額証」や「高齢受給者証」の交付をうけているときは、返却を忘れないようご注意ください。

受付印

副

健康保険被扶養者(異動)届

削除通知書

令和 年 月 日 提出

被保険者の 記号と番号	(記号)		性 別	フリガナ				被保険者の 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日				
	(番号)			被保険者の氏名		(氏)	(名)									
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 扶養しているとき、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		
削 除	フリガナ		性別	生 年 月 日			年齢	続柄	職業	月平均 の 収入額	同 居 別 居	扶養されなくなった日 (届出者が記入)		被扶養者から削除する事由 / 備考		
	被 扶 養 者 の 氏 名			※削除年月日(健保記入)												
減	氏	名	男・女	昭和 平成 令和	年	月	日					令和	年	月	日	
					年	月	日						※			
	住民票住所 (同居は記載不要)															
減	氏	名	男・女	昭和 平成 令和	年	月	日					令和	年	月	日	
					年	月	日						※			
	住民票住所 (同居は記載不要)															
減	氏	名	男・女	昭和 平成 令和	年	月	日					令和	年	月	日	
					年	月	日						※			
	住民票住所 (同居は記載不要)															
減	氏	名	男・女	昭和 平成 令和	年	月	日					令和	年	月	日	
					年	月	日						※			
	住民票住所 (同居は記載不要)															
減	氏	名	男・女	昭和 平成 令和	年	月	日					令和	年	月	日	
					年	月	日						※			
	住民票住所 (同居は記載不要)															

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。

上記のとおり削除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