

健康保険 被扶養者(異動) 届

被扶養者の新規・追加申請
 被扶養者の削除申請

常務理事	事務長	担当者

健康保険被保険者		被保険者の氏名		生年月日		性別	資格取得年月日		標準報酬月額	
記号	番号	ライク 太郎		昭和 平成 令和	4 9 1 2 2 1	男 女	平成 令和	2 9 0 1 0 1	2 4 0	千円
被保険者の住所		〒 530-0017 大阪市北区角田町0-0-0-503				備考				

被扶養者の氏名(フリガナ) (申請のご家族)	性別	生年月日	被保険者との続柄	職業/学年 月平均収入額	新規追加または削除年月日 とその理由	認定(削除)年月日 【健保使用欄】	被保険者と同居・別居の別 (別居の場合、その住所と別居理由)	資格確認書 要否
(フリガナ) ライク ハナコ	男 女	昭和 平成 令和	妻	無職 0円 (年収入も含む)	29年1月1日 理由 被保険者の健康保険加入に伴う申請	同居	同居 (住所) 山梨県山梨市0-0-0	要 否
(フリガナ) ライク イチロウ	男 女	昭和 平成 令和	長男	学生 0円 (年収入も含む)	29年1月1日 理由 被保険者の健康保険加入に伴う申請	同居 別居	別居 (理由) 大学の寮にいるため 個人番号(マイナンバー)	要 否
(フリガナ)	男 女	昭和 平成 令和			理由	同居	同居 (住所)	要 否
(フリガナ)	男 女	昭和 平成 令和			理由		同居 個人番号(マイナンバー)	要 否

同居・別居の判断は住民票上での判断ではなく、実態として同居・別居をしているのかをご記入ください。

被保険者の健康保険加入に伴う申請

新規追加理由は
 ○お子様がお生まれになった場合: 出産に伴う申請
 ○該当の方が退職された場合: 退職による申請
 ○ご結婚による場合: 婚姻に伴う申請 等
 追加される方の状況をご記入ください。

※資格確認書の要否に関しては、○が無い場合は、否と判断させていただきます。必要に選択された場合は別途、「健康保険資格確認書交付申請書」を添付してください。添付が無い場合も否と判断させていただきます。

事業所所在地	上記のとおり被保険者から被扶養者の届出がありましたので提出します。 〒 530-0017 大阪市北区角田町0-0-0
事業所名称	ライク株式会社
事業主氏名	代表取締役 ライク 太
電話番号	06-1234-5678

令和 年 月 日 提出

受付日付印

ライク健康保険組合

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カ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カ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カ月以内(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カ月以内)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、決定または裁決の日から、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カ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の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。