

健康保険 被扶養者異動決定通知書

被 保 険 者						所 属 事 業 所							
記 号		番 号											
2 8													
										常務理事	事務長	審 査	担 当 者
										受 理 令 和 年 月 日			

被 保 険 者	氏 名	印	住民票住所	〒 -
	昭和 平成	年 月 日生	電話番号	() -

被 扶 養 者 氏 名	続柄		届出事項	届出理由	同居 別居
	性別				
フリガナ			認定	理由番号 1: 出生 2: 離職 3: 収入減 4: 同居 5: 雇用保険受給終了 6: その他 ()	同居 ・ 別居
			削除	理由番号 1: 死亡 2: 就職 3: 収入増 4: 75歳到達 5: 障害認定 6: 雇用保険受給開始 7: その他 ()	
生 年 月 日		異動年月日		住民票住所 〒 -	
年号 年 月 日		年 月 日			
個人番号 * * * * *		* * * * *			
フリガナ			認定	理由番号 1: 出生 2: 離職 3: 収入減 4: 同居 5: 雇用保険受給終了 6: その他 ()	同居 ・ 別居
			削除	理由番号 1: 死亡 2: 就職 3: 収入増 4: 75歳到達 5: 障害認定 6: 雇用保険受給開始 7: その他 ()	
生 年 月 日		異動年月日		住民票住所 〒 -	
年号 年 月 日		年 月 日			
個人番号 * * * * *		* * * * *			
フリガナ			認定	理由番号 1: 出生 2: 離職 3: 収入減 4: 同居 5: 雇用保険受給終了 6: その他 ()	同居 ・ 別居
			削除	理由番号 1: 死亡 2: 就職 3: 収入増 4: 75歳到達 5: 障害認定 6: 雇用保険受給開始 7: その他 ()	
生 年 月 日		異動年月日		住民票住所 〒 -	
年号 年 月 日		年 月 日			
個人番号 * * * * *		* * * * *			

注意事項 個人番号は、正確に記入してください。また、個人番号が記載されている場合、簡易書留等に送付ください。

添 付 書 類	① 住民票(続柄表記) ⑦ 在学証明書・賃貸契約書(写) ⑪ 国民年金第3号被保険者関係届 ② 収入証明書 ⑧ 送金証明(振込受領書等) ⑫ 現在加入している健康保険がわかるもの ③ 離職票1・2 ⑨ 退職証明 ⑬ その他() ④ 雇用保険受給資格者証 ⑩ 資格確認書(写)もしくは被保険者証(写) ⑤ 健康保険資格喪失証明書 ⑥ 年金払込通知書(写)
※各種証明書類は、3ヵ月以内交付のものとする <input type="checkbox"/> 扶養削除証明書を希望する場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。	

中電工健康保険組合

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。

広島市中区小網町6番12号
中電工健康保険組合
理事長 永原 泰介

健康保険 被扶養者異動決定通知書

被 保 険 者						所 属 事 業 所							
記 号		番 号											
2 8													

常務理事	事務長	審 査	担 当 者
受 理 令 和 年 月 日			

被 保 険 者	氏 名		印		住 民 票 住 所	〒 ー
	昭和 平成	年 月 日	生	日	電 話 番 号	() ー

被 扶 養 者 氏 名	続 柄		届 出 事 項	届 出 理 由		同 居 別 居			
	性 別								
被 扶 養 者	フリガナ		認 定	理由番号	1: 出生 2: 離職 3: 収入減 4: 同居 5: 雇用保険受給終了 6: その他 ()	同 居 ・ 別 居			
				削 除	理由番号		1: 死亡 2: 就職 3: 収入増 4: 75歳到達 5: 障害認定 6: 雇用保険受給開始 7: その他 ()		
	生 年 月 日		異 動 年 月 日		住 民 票 住 所 下 ー				
	年号	年	月	日	年	月	日		
個人番号		*	*	*	*	*	*	* * * * *	
被 扶 養 者	フリガナ		認 定	理由番号	1: 出生 2: 離職 3: 収入減 4: 同居 5: 雇用保険受給終了 6: その他 ()	同 居 ・ 別 居			
				削 除	理由番号		1: 死亡 2: 就職 3: 収入増 4: 75歳到達 5: 障害認定 6: 雇用保険受給開始 7: その他 ()		
	生 年 月 日		異 動 年 月 日		住 民 票 住 所 下 ー				
	年号	年	月	日	年	月	日		
個人番号		*	*	*	*	*	*	* * * * *	
被 扶 養 者	フリガナ		認 定	理由番号	1: 出生 2: 離職 3: 収入減 4: 同居 5: 雇用保険受給終了 6: その他 ()	同 居 ・ 別 居			
				削 除	理由番号		1: 死亡 2: 就職 3: 収入増 4: 75歳到達 5: 障害認定 6: 雇用保険受給開始 7: その他 ()		
	生 年 月 日		異 動 年 月 日		住 民 票 住 所 下 ー				
	年号	年	月	日	年	月	日		
個人番号		*	*	*	*	*	*	* * * * *	

注意事項 個人番号は、正確に記入してください。また、個人番号が記載されている場合、簡易書留等にて送付ください。

添 付 書 類	① 住民票(続柄表記)	⑦ 在学証明書・賃貸契約書(写)	⑪ 国民年金第3号被保険者関係届
	② 収入証明書	⑧ 送金証明(振込受領書等)	⑫ 現在加入している健康保険がわかるもの
	③ 離職票1・2	⑨ 退職証明	⑬ その他()
	④ 雇用保険受給資格者証	⑩ 資格確認書(写)もしくは被保険者証(写)	
	⑤ 健康保険資格喪失証明書	※各種証明書類は、3ヵ月以内交付のものとする	
	⑥ 年金払込通知書(写)	□ 扶養削除証明書を希望する場合は、☑を記入してください。	

中電工健康保険組合

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。