

正 健康保険被扶養者（異動）届

常務理事	事務長	課長	係長	係

出生や海外からの転入により、新たに個人番号が発行される場合は、通知カードが届き次第、個人番号届の提出をお願いします。

被保険者欄	被保険者証の記号	被保険者証の番号	生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	備考
	(フリガナ)	(氏)	取得年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	標準報酬月額 千円
	住所							

新たに扶養として認定する者または扶養から除かれる者の氏名等を記入してください。

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)	(氏)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
	職業	収入(年収)	約	円	住所	1.同居 2.別居	別居の場合	〒	続柄	
	被扶養者になった日	7.平成 9.令和	年	月	日	認定理由	1.被保険者の就職 2.婚姻 3.離職 4.出生 5.収入減少 6.その他()			資格確認書要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要
	被扶養者でなくなった日	7.平成 9.令和	年	月	日	削除理由	1.就職 2.死亡(年 月 日) 3.離婚 4.収入増加 5.その他()			

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)	(氏)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
	職業	収入(年収)	約	円	住所	1.同居 2.別居	別居の場合	〒	続柄	
	被扶養者になった日	7.平成 9.令和	年	月	日	認定理由	1.被保険者の就職 2.婚姻 3.離職 4.出生 5.収入減少 6.その他()			資格確認書要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要
	被扶養者でなくなった日	7.平成 9.令和	年	月	日	削除理由	1.就職 2.死亡(年 月 日) 3.離婚 4.収入増加 5.その他()			

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)	(氏)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
	職業	収入(年収)	約	円	住所	1.同居 2.別居	別居の場合	〒	続柄	
	被扶養者になった日	7.平成 9.令和	年	月	日	認定理由	1.被保険者の就職 2.婚姻 3.離職 4.出生 5.収入減少 6.その他()			資格確認書要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要
	被扶養者でなくなった日	7.平成 9.令和	年	月	日	削除理由	1.就職 2.死亡(年 月 日) 3.離婚 4.収入増加 5.その他()			

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)	(氏)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
	職業	収入(年収)	約	円	住所	1.同居 2.別居	別居の場合	〒	続柄	
	被扶養者になった日	7.平成 9.令和	年	月	日	認定理由	1.被保険者の就職 2.婚姻 3.離職 4.出生 5.収入減少 6.その他()			資格確認書要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要
	被扶養者でなくなった日	7.平成 9.令和	年	月	日	削除理由	1.就職 2.死亡(年 月 日) 3.離婚 4.収入増加 5.その他()			

年 月 日 提出

【注意事項】

資格確認書が必要な場合(*)は「発行が必要」に を入れてください。 受付年月日

※以下に該当するものに限りません。

- ・マイナカードを取得していない者、マイナカードの返納者
- ・マイナカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者
- ・利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
- ・マイナカードの電子証明書の有効期限切れの者

社会保険労務士の代行者

東京自動車教習所健康保険組合

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	()

副 健康保険被扶養者（異動）確認通知書

被保険者欄	被保険者証の記号	被保険者証の番号	生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	備考
	(フリガナ)	(氏)	取得年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	標準報酬月額 千円
	住所							

被扶養者欄	(フリガナ)	(氏)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
	職業	収入(年収)	約	円	住所	1.同居 2.別居	別居の場合	〒	続柄
	被扶養者になった日	7.平成 9.令和	年	月	日	認定理由	1.被保険者の就職 2.婚姻 3.離職 4.出生 5.収入減少 6.その他()		
	被扶養者でなくなった日	7.平成 9.令和	年	月	日	削除理由	1.就職 2.死亡(年 月 日) 3.離婚 4.収入増加 5.その他()		

被扶養者欄	(フリガナ)	(氏)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
	職業	収入(年収)	約	円	住所	1.同居 2.別居	別居の場合	〒	続柄
	被扶養者になった日	7.平成 9.令和	年	月	日	認定理由	1.被保険者の就職 2.婚姻 3.離職 4.出生 5.収入減少 6.その他()		
	被扶養者でなくなった日	7.平成 9.令和	年	月	日	削除理由	1.就職 2.死亡(年 月 日) 3.離婚 4.収入増加 5.その他()		

被扶養者欄	(フリガナ)	(氏)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
	職業	収入(年収)	約	円	住所	1.同居 2.別居	別居の場合	〒	続柄
	被扶養者になった日	7.平成 9.令和	年	月	日	認定理由	1.被保険者の就職 2.婚姻 3.離職 4.出生 5.収入減少 6.その他()		
	被扶養者でなくなった日	7.平成 9.令和	年	月	日	削除理由	1.就職 2.死亡(年 月 日) 3.離婚 4.収入増加 5.その他()		

被扶養者欄	(フリガナ)	(氏)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
	職業	収入(年収)	約	円	住所	1.同居 2.別居	別居の場合	〒	続柄
	被扶養者になった日	7.平成 9.令和	年	月	日	認定理由	1.被保険者の就職 2.婚姻 3.離職 4.出生 5.収入減少 6.その他()		
	被扶養者でなくなった日	7.平成 9.令和	年	月	日	削除理由	1.就職 2.死亡(年 月 日) 3.離婚 4.収入増加 5.その他()		

年 月 日提出

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	殿
電話番号	()

東京自動車教習所健康保険組合 理事長

この届書は

1.被扶養者を追加する場合 2.被扶養者をのぞく場合 3.被扶養者情報を変更する場合
に提出いただくものです。

【 記入方法 】

< 被 保 険 者 欄 >

生 年 月 日 : 年号は該当する番号を○で囲んでください。
取 得 年 月 日 : 被保険者が健康保険に加入した日付を記入してください。
住 所 : 郵便番号及び住所を記入してください。

< 被 扶 養 者 欄 >

氏 名 : 氏名の変更(訂正)を行う場合は、上段に変更(訂正)前の氏名を赤色で記入のうえ、
その下段に変更(訂正)後の氏名を黒色で記入してください。
個 人 番 号 : 被保険者が必ず本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。
続 柄 : 妻・父・母・義母・長男・二女・養子などと、詳細な続柄を記入してください。
職 業 : パート・主婦・アルバイト・高校生などと記入してください。
収 入 (年 収) : 今後1年間の年間収入見込み額を記入してください。収入には、年金・失業給付等の
非課税対象のものも含まれます。
住 所 : 被保険者と同居または別居のどちらかを○で囲んでください。続柄により、同居要件
を確認する書類が必要です。別居しているときは、郵便番号及び住所を記入してくだ
さい。

被扶養者になった日 : 『資格取得届』と同時提出の場合は「資格取得年月日」と同日、後日追加の場合は出生年月日等を記入してください。

被扶養者でなくなった日 : 死亡の場合は死亡日の翌日を、それ以外の場合は非該当になった当日の日付を記入してください。

理 由 : 該当する番号を○で囲んでください。その他の場合は理由を記入してください。

資格確認書発行要否 : 「資格確認書」が必要な場合(※)は、“発行が必要”の口に✓を記入してください。

※以下に該当する場合は。

- ・マイナンバーカードを取得していない者。マイナンバーカードを返納した者
- ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者
利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
- ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

※発行された資格確認書は、資格確認書の有効期限内に扶養削除や氏名変更等により記載内容に変更が生じた場合、届出書類に添付するため事業所様で回収していただく必要があります。

【 この届書に添付して提出するもの 】

16歳以上の方を被扶養者として届け出る場合は、その方が被保険者によって生計を維持されていることを証明できる「非課税証明」「在学証明」給与明細」「年金通知書の写」等が必要となります。

詳しくは事業所の担当者または当健康保険組合にお尋ねください。

当該認定(不認定)についてご不明な点がございましたら、当健康保険組合にお問合せください。

また、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。