

健康保険 被扶養者異動届【減】

T03-1

◎別紙「記入方法と記入例」をご確認ください。

| | | | | |
|----------------------------|----|--|-----|-------|
| 被 保 険 者 情 報 | 記号 | | 氏 名 | 居住地 |
| | 番号 | | | 国内・海外 |

| | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|-----|-----|-------|--------------------------|---|---|---|----------------------------|---|
| 削 除 す る 被 扶 養 者 | 氏 名 | 続 柄 | 居住地 | 被扶養者でなくなった日 (扶養削除日) | | | | 被扶養者でなくなった理由 (扶養削除事由) | 資格確認書を 添付しないとき |
| | | | 国内・海外 | 令和 | 年 | 月 | 日 | | <input type="checkbox"/> 交付なし <input type="checkbox"/> 滅失届あり |
| | | 備 考 | | | | | | | 返納時期 () |
| | | | 国内・海外 | 令和 | 年 | 月 | 日 | | <input type="checkbox"/> 交付なし <input type="checkbox"/> 滅失届あり |
| | | 備 考 | | | | | | | 返納時期 () |
| | | | 国内・海外 | 令和 | 年 | 月 | 日 | | <input type="checkbox"/> 交付なし <input type="checkbox"/> 滅失届あり |
| | | 備 考 | | | | | | | 返納時期 () |

| | | |
|----------------------------|--|--|
| 事 業 主 証 明 欄 | 上記のとおり被扶養者認定基準を満たさなくなったので届出します。 なお、この届は申請者本人（被保険者）が作成又は記載内容について誤りが ないことを確認したものです。また、別居又は海外から送付することを理由 に資格確認書の返納が遅れる者については引き続き責任をもって対応します。 | |
| | 事業所所在地 | |
| | 事業所名称 事業主氏名 | |

令和 年 月 日 提出

受付日付印

令和 年 月 日

【確認印押印後有効】健康保険 被扶養者異動決定通知書：上記のとおり被扶養者の異動を決定したので通知します。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（関東信越厚生局内）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、再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。

| | |
|-----------------------|--|
| 社会保険労務士の 提出代行者名記載欄 | |
|-----------------------|--|