

健康保険 被扶養者異動届【減】

＜後期高齢者医療制度加入＞

T03-2

被 保 険 者 情 報	記号		氏 名 (本人)		居住地	常務理事	事務局長	課 長		担当者		
	番号				国内 ・ 海外							
削 除 す る 被 扶 養 者	フリガナ 氏 名 (家族)		生 年 月 日		続 柄	被扶養者でなくなった理由 (扶養削除事由)		被扶養者でなくなった日 (扶養削除日)				
			昭和	年	月	日	75歳到達 ・ 障害認定 (65歳以上)		令和	年	月	日
				住民票の登録地 (都道府県のみ)				備 考				

記入方法	<ul style="list-style-type: none"> 太枠内のすべての項目を記入してください。 居住地 / 被扶養者でなくなった理由 : 該当するものを○で囲んでください。 被扶養者でなくなった日 : 75歳到達は「75歳の誕生日」、障害認定は「後期高齢者医療制度に加入した日（資格取得日）」を記入してください。
添付書類	<ul style="list-style-type: none"> 当健保組合の「健康保険 資格確認書（プラスチックカード）」と「健康保険 高齢受給者証（パスポートサイズの紙製カード）」 ※交付されている場合に限る。交付されていない場合は備考欄に「交付なし」を記入。紛失した場合は備考欄に「滅失届あり」を記入して「滅失届」を添付。 必要事項を記入した本届書の写し

事 業 主 証 明 欄	上記のとおり後期高齢者医療制度に加入したため届出します。 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。		令和 年 月 日 提出	受付日付印
	事業所所在地			
	事業所名称			
	事業主氏名			
		社会保険労務士の提出代行者名記載欄		

【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、審査官の決定書の副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つたことを知った日から6か月以内（再審査請求があつたときは、その裁決があつ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、審査請求があつた日から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。