正

健康保険被扶養者（異動）届

常務理事	事務長	部長	課長	課長代理	係長	担当

令和　　年　　月　　日　提出

被保険者欄								
被保険者証記号		被保険者証番号		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和　年　月　日	性別	男・女	
氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	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		
			住民票上の住所	〒　-				

被扶養者欄1								
氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和　年　月　日	性別	1.男　2.女		
			個人番号	未記入理由：				
続柄(妻、長男等)		職業		収入(月収)	円	同居区分	国内居住要件	
						1.同居　2.別居	1.国内 2.国外（　）	
住民票住所	〒　－　※被保険者と同一の場合は記入不要です。		居所住所	〒　－　※別居の場合、ご記入ください。				
被扶養者になった日	9.令和　年　月　日		被扶養者でなくなった日	9.令和　年　月　日	保険証回収区分	1.添付 2.返不能 3.滅失		
理由	1.被保険者の就職　2.出生　3.婚姻 4.離職　5.収入減少　6.その他(　)		理由	1.就職(　年　月　日) 2.死亡(　年　月　日) 3.収入増加 4.75歳到達　5.障害認定　6.海外在住　7.その他(　)				

被扶養者欄2								
氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和　年　月　日	性別	1.男　2.女		
			個人番号	未記入理由：				
続柄(妻、長男等)		職業		収入(月収)	円	同居区分	国内居住要件	
						1.同居　2.別居	1.国内 2.国外（　）	
住民票住所	〒　－　※被保険者と同一の場合は記入不要です。		居所住所	〒　－　※別居の場合、ご記入ください。				
被扶養者になった日	9.令和　年　月　日		被扶養者でなくなった日	9.令和　年　月　日	保険証回収区分	1.添付 2.返不能 3.滅失		
理由	1.被保険者の就職　2.出生　3.婚姻 4.離職　5.収入減少　6.その他(　)		理由	1.就職(　年　月　日) 2.死亡(　年　月　日) 3.収入増加 4.75歳到達　5.障害認定　6.海外在住　7.その他(　)				

被扶養者欄3								
氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和　年　月　日	性別	1.男　2.女		
			個人番号	未記入理由：				
続柄(妻、長男等)		職業		収入(月収)	円	同居区分	国内居住要件	
						1.同居　2.別居	1.国内 2.国外（　）	
住民票住所	〒　－　※被保険者と同一の場合は記入不要です。		居所住所	〒　－　※別居の場合、ご記入ください。				
被扶養者になった日	9.令和　年　月　日		被扶養者でなくなった日	9.令和　年　月　日	保険証回収区分	1.添付 2.返不能 3.滅失		
理由	1.被保険者の就職　2.出生　3.婚姻 4.離職　5.収入減少　6.その他(　)		理由	1.就職(　年　月　日) 2.死亡(　年　月　日) 3.収入増加 4.75歳到達　5.障害認定　6.海外在住　7.その他(　)				

事業所所在地	〒　-
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	(　)

組合受付印

社会保険労務士記載欄

東京都土木建築健康保険組合

副

健康保険被扶養者（異動）届

正 の写しは不可

令和　　年　　月　　日　提出

被保険者欄						
被保険者証記号		被保険者証番号		生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和　年　月　日	性別 男・女
氏名	(フリガナ) (氏)	(名)		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
				住民票上の住所	〒　-	

被扶養者欄1						
氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和　年　月　日	性別	1. 男　2. 女
			個人番号			
				未記入理由：		
続柄 (妻、長男等)		職業		収入 (月収)　円	同居区分 1. 同居　2. 別居	国内居住要件 1. 国内 2. 国外（　）
住民票住所	〒　- ※被保険者と同一の場合は記入不要です。		居所住所	〒　- ※別居の場合、ご記入ください。		
被扶養者になった日	9. 令和　年　月　日		被扶養者でなくなった日	9. 令和　年　月　日	保険証回収区分	1. 添付 2. 返不能 3. 滅失
理由	1.被保険者の就職　2.出生　3.婚姻 4.離職　5.収入減少　6.その他(　)		理由	1.就職(　年　月　日) 2.死亡(　年　月　日) 3.収入増加 4.75歳到達　5.障害認定　6.海外在住　7.その他(　)		

被扶養者欄2						
氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和　年　月　日	性別	1. 男　2. 女
			個人番号			
				未記入理由：		
続柄 (妻、長男等)		職業		収入 (月収)　円	同居区分 1. 同居　2. 別居	国内居住要件 1. 国内 2. 国外（　）
住民票住所	〒　- ※被保険者と同一の場合は記入不要です。		居所住所	〒　- ※別居の場合、ご記入ください。		
被扶養者になった日	9. 令和　年　月　日		被扶養者でなくなった日	9. 令和　年　月　日	保険証回収区分	1. 添付 2. 返不能 3. 滅失
理由	1.被保険者の就職　2.出生　3.婚姻 4.離職　5.収入減少　6.その他(　)		理由	1.就職(　年　月　日) 2.死亡(　年　月　日) 3.収入増加 4.75歳到達　5.障害認定　6.海外在住　7.その他(　)		

被扶養者欄3						
氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和　年　月　日	性別	1. 男　2. 女
			個人番号			
				未記入理由：		
続柄 (妻、長男等)		職業		収入 (月収)　円	同居区分 1. 同居　2. 別居	国内居住要件 1. 国内 2. 国外（　）
住民票住所	〒　- ※被保険者と同一の場合は記入不要です。		居所住所	〒　- ※別居の場合、ご記入ください。		
被扶養者になった日	9. 令和　年　月　日		被扶養者でなくなった日	9. 令和　年　月　日	保険証回収区分	1. 添付 2. 返不能 3. 滅失
理由	1.被保険者の就職　2.出生　3.婚姻 4.離職　5.収入減少　6.その他(　)		理由	1.就職(　年　月　日) 2.死亡(　年　月　日) 3.収入増加 4.75歳到達　5.障害認定　6.海外在住　7.その他(　)		

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。

組合確認印

東京都土木建築健康保険組合