

被扶養者届 (増加用)

1 /

常務理事	事務長	課長	担当者

被 保 険 者 欄	被保険者等 記号・番号	-		被保険者等記号・番号が不明な場合にのみマイナンバーを記入	
	氏 名			被保険者の マイナンバー	※ 注4 - -
	生年月日	5. 昭和 7. 平成	年 月 日	届出年月日	令和 年 月 日
	住民票住所	〒 - TEL - -			
	居 所	〒 - TEL - -			

被 扶 養 者 認 定 届 出 者 欄	フリガナ			今回届出の 事由発生日	令和 年 月 日	
	氏 名			今回届出 の理由		
	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	届出者の マイナンバー (記入必須)	- -	
	被保険者 との続柄	(長男等具体的に記入)	性別	1. 男 2. 女	※健康保険組合欄	認定年月日
	住民票住所	〒 - TEL - -			被保険者 住所と別 の理由	
	居 住 住民票と同じ場 合、記入は不要	〒 - TEL - -			被保険者 居所と別 の理由	

① 資格確認書の発行が必要な場合は、資格確認書発行要否欄と発行理由に☑を入れてください。

※資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを作っていない <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納した <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れている <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを持っているが健康保険証の利用登録を行っていない <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの健康保険証利用登録を解除した
<input type="checkbox"/> 発行が必要	

事 業 主 欄	確認欄 □に☑を 入れる	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである ①届出者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については、誤りがないか届出者本人が確認している。	上記のとおり届出します。 令和 年 月 日 所在地 名 称 役 職 氏 名
	<input type="checkbox"/>		

- 【注意事項】
- この届は、事由発生日より5日以内に提出ください。
 - 訂正は二線抹消し訂正者氏名を自署してください。(修正テープ使用不可)
 - 選択欄は該当数字を記入するか該当数字に○を、チェック欄は□に☑を記入してください。
 - 被保険者等記号・番号を記入しない場合は、マイナンバーを記入してください。
(被保険者等記号・番号はマイナポータル・資格情報のお知らせ・資格確認書で確認できます。)
 - フリガナ・氏名・性別・生年月日・住民票住所は、住民票に記載されたとおりに記入してください。
 - 認定届出者の住民票住所と居住の住所が被保険者と同一の場合、認定届出者欄の住所は記入不要です。
 - 届出理由が出生以外は、この届と一緒に「被扶養者(認定対象者)状況届」を提出してください。
 - ※健康保険組合欄と認定(不認定決定)年月日は、記入しないでください。

被扶養者（資格取得）決定通知書

被 保 険 者 欄	被保険者等 記号・番号	-					
	氏 名						
	生年月日	5. 昭和 7. 平成	年	月	日	届出年月日	令和 年 月 日
	住民票住所	〒	-	TEL	-	-	
	居 所	〒	-	TEL	-	-	

被 扶 養 者 認 定 届 出 者 欄	フリガナ				今回届出の 事由発生日	令和 年 月 日
	氏 名				今回届出 の理由	
	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日	
	被保険者 との続柄	(長男等具体的に記入)	性別	1. 男 2. 女	※健康保険組合欄	認定年月日
						令和 年 月 日
	① 住民票住所	〒	-	TEL	-	-
居 住 住民票と同じ場 合、記入は不要	〒	-	TEL	-	-	被保険者 居所と別 の理由

事 業 主 欄	上記のとおり届出します。 令和 年 月 日
	所在地
	名 称
	役 職 氏 名

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。

被扶養者届 (増加用)

2 /

被保険者等 記号・番号		-		被保険者 氏名													
被扶養者 認定届出者欄	フリガナ				今回届出の 事由発生日	令和 年 月 日											
	氏名				今回届出 の理由												
	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日	届出者の マイナンバー (記入必須)	- -										
	被保険者 との続柄	(長男等具体的に記入)	性別		1. 男 2. 女	※健康保険組合欄	認定年月日										
	住民票住所	〒 - TEL - -					被保険者 住所と別 の理由										
	居 住 住民票と同じ場 合、記入は不要	〒 - TEL - -					被保険者 居所と別 の理由										
② 資格確認書の発行が必要な場合は、資格確認書発行要否欄と発行理由に☑を入れてください。																	
<table border="1"> <tr> <td>※資格確認書発行要否</td> <td><input type="checkbox"/> マイナンバーカードを作っていない</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 発行が必要</td> <td><input type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納した</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れている</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> マイナンバーカードを持っているが健康保険証の利用登録を行っていない</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> マイナンバーカードの健康保険証利用登録を解除した</td> </tr> </table>								※資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを作っていない	<input type="checkbox"/> 発行が必要	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納した		<input type="checkbox"/> マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れている		<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを持っているが健康保険証の利用登録を行っていない		<input type="checkbox"/> マイナンバーカードの健康保険証利用登録を解除した
※資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを作っていない																
<input type="checkbox"/> 発行が必要	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納した																
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れている																
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを持っているが健康保険証の利用登録を行っていない																
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードの健康保険証利用登録を解除した																

被扶養者 認定届出者欄	フリガナ				今回届出の 事由発生日	令和 年 月 日											
	氏名				今回届出 の理由												
	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日	届出者の マイナンバー (記入必須)	- -										
	被保険者 との続柄	(長男等具体的に記入)	性別		1. 男 2. 女	※健康保険組合欄	認定年月日										
	住民票住所	〒 - TEL - -					被保険者 住所と別 の理由										
	居 住 住民票と同じ場 合、記入は不要	〒 - TEL - -					被保険者 居所と別 の理由										
③ 資格確認書の発行が必要な場合は、資格確認書発行要否欄と発行理由に☑を入れてください。																	
<table border="1"> <tr> <td>※資格確認書発行要否</td> <td><input type="checkbox"/> マイナンバーカードを作っていない</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 発行が必要</td> <td><input type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納した</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れている</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> マイナンバーカードを持っているが健康保険証の利用登録を行っていない</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> マイナンバーカードの健康保険証利用登録を解除した</td> </tr> </table>								※資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを作っていない	<input type="checkbox"/> 発行が必要	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納した		<input type="checkbox"/> マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れている		<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを持っているが健康保険証の利用登録を行っていない		<input type="checkbox"/> マイナンバーカードの健康保険証利用登録を解除した
※資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを作っていない																
<input type="checkbox"/> 発行が必要	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納した																
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れている																
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを持っているが健康保険証の利用登録を行っていない																
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードの健康保険証利用登録を解除した																

被扶養者（資格取得）決定通知書 2 /

被保険者等 記号・番号	-	被保険者 氏 名	
----------------	---	-------------	--

被扶養者認定届出者欄 ②	フリガナ				今回届出の 事由発生日	令和 年 月 日	
	氏 名				今回届出 の理由		
	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日		
	被保険者 との続柄	(長男等具体的に記入)	性別		1. 男 2. 女	※健康保険組合欄	認定年月日
	住民票住所	〒 - TEL - -				被保険者 住所と別 の理由	
	居 住 住民票と同じ場 合、記入は不要	〒 - TEL - -				被保険者 居所と別 の理由	

被扶養者認定届出者欄 ③	フリガナ				今回届出の 事由発生日	令和 年 月 日	
	氏 名				今回届出 の理由		
	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日		
	被保険者 との続柄	(長男等具体的に記入)	性別		1. 男 2. 女	※健康保険組合欄	認定年月日
	住民票住所	〒 - TEL - -				被保険者 住所と別 の理由	
	居 住 住民票と同じ場 合、記入は不要	〒 - TEL - -				被保険者 居所と別 の理由	

被扶養者届 (増加用)

3 /

被保険者等 記号・番号	-	被保険者 氏名	
----------------	---	------------	--

被扶養者認定届出者欄	フリガナ				今回届出の 事由発生日	令和 年 月 日						
	氏名				今回届出 の理由							
	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日	届出者の マイナンバー (記入必須)	- -					
	被保険者 との続柄	(長男等具体的に記入)	性別		1. 男 2. 女	※健康保険組合欄	認定年月日					
	住民票住所	〒 - TEL - -					被保険者 住所と別 の理由					
	居 住 住民票と同じ場 合、記入は不要	〒 - TEL - -					被保険者 居所と別 の理由					
④ 資格確認書の発行が必要な場合は、資格確認書発行要否欄と発行理由に☑を入れてください。												
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">※資格確認書発行要否</td> <td> <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを作っていない <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納した <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れている <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを持っているが健康保険証の利用登録を行っていない <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの健康保険証利用登録を解除した </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 発行が必要</td> <td></td> </tr> </table>									※資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを作っていない <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納した <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れている <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを持っているが健康保険証の利用登録を行っていない <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの健康保険証利用登録を解除した	<input type="checkbox"/> 発行が必要	
※資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを作っていない <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納した <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れている <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを持っているが健康保険証の利用登録を行っていない <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの健康保険証利用登録を解除した											
<input type="checkbox"/> 発行が必要												

被扶養者認定届出者欄	フリガナ				今回届出の 事由発生日	令和 年 月 日						
	氏名				今回届出 の理由							
	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日	届出者の マイナンバー (記入必須)	- -					
	被保険者 との続柄	(長男等具体的に記入)	性別		1. 男 2. 女	※健康保険組合欄	認定年月日					
	住民票住所	〒 - TEL - -					被保険者 住所と別 の理由					
	居 住 住民票と同じ場 合、記入は不要	〒 - TEL - -					被保険者 居所と別 の理由					
⑤ 資格確認書の発行が必要な場合は、資格確認書発行要否欄と発行理由に☑を入れてください。												
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">※資格確認書発行要否</td> <td> <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを作っていない <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納した <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れている <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを持っているが健康保険証の利用登録を行っていない <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの健康保険証利用登録を解除した </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 発行が必要</td> <td></td> </tr> </table>									※資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを作っていない <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納した <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れている <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを持っているが健康保険証の利用登録を行っていない <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの健康保険証利用登録を解除した	<input type="checkbox"/> 発行が必要	
※資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを作っていない <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納した <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れている <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを持っているが健康保険証の利用登録を行っていない <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの健康保険証利用登録を解除した											
<input type="checkbox"/> 発行が必要												

被扶養者（資格取得）決定通知書 3 /

被保険者等 記号・番号	-	被保険者 氏 名	
----------------	---	-------------	--

被扶養者認定届出者欄 ④	フリガナ				今回届出の 事由発生日	令和 年 月 日	
	氏 名				今回届出 の理由		
	生年月日		5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日			
	被保険者 との続柄	(長男等具体的に記入)	性別		1. 男 2. 女	※健康保険組合欄	認定年月日
	住民票住所	〒 - TEL - -				被保険者 住所と別 の理由	
	居 住 住民票と同じ場 合、記入は不要	〒 - TEL - -				被保険者 居所と別 の理由	

被扶養者認定届出者欄 ⑤	フリガナ				今回届出の 事由発生日	令和 年 月 日	
	氏 名				今回届出 の理由		
	生年月日		5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日			
	被保険者 との続柄	(長男等具体的に記入)	性別		1. 男 2. 女	※健康保険組合欄	認定年月日
	住民票住所	〒 - TEL - -				被保険者 住所と別 の理由	
	居 住 住民票と同じ場 合、記入は不要	〒 - TEL - -				被保険者 居所と別 の理由	

被扶養者届 (増加用)

4 /

被保険者等 記号・番号		-		被保険者 氏名			
被扶養者認定届出者欄	フリガナ				今回届出の 事由発生日	令和 年 月 日	
	氏名				今回届出 の理由		
	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日	届出者の マイナンバー (記入必須)	- -
	被保険者 との続柄	(長男等具体的に記入)	性別		1. 男 2. 女	※健康保険組合欄	認定年月日
	住民票住所	〒 - TEL - -					被保険者 住所と別 の理由
	居 住 住民票と同じ場 合、記入は不要	〒 - TEL - -					被保険者 居所と別 の理由
⑥ 資格確認書の発行が必要な場合は、資格確認書発行要否欄と発行理由に☑を入れてください。							
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> ※資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要 </div>		<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを作っていない <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納した <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れている <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを持っているが健康保険証の利用登録を行っていない <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの健康保険証利用登録を解除した					

被保険者等 記号・番号		-		被保険者 氏名			
被扶養者認定届出者欄	フリガナ				今回届出の 事由発生日	令和 年 月 日	
	氏名				今回届出 の理由		
	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日	届出者の マイナンバー (記入必須)	- -
	被保険者 との続柄	(長男等具体的に記入)	性別		1. 男 2. 女	※健康保険組合欄	認定年月日
	住民票住所	〒 - TEL - -					被保険者 住所と別 の理由
	居 住 住民票と同じ場 合、記入は不要	〒 - TEL - -					被保険者 居所と別 の理由
⑦ 資格確認書の発行が必要な場合は、資格確認書発行要否欄と発行理由に☑を入れてください。							
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> ※資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要 </div>		<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを作っていない <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納した <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れている <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを持っているが健康保険証の利用登録を行っていない <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの健康保険証利用登録を解除した					

被扶養者（資格取得）決定通知書 4 /

被保険者等 記号・番号	-	被保険者 氏 名	
----------------	---	-------------	--

被扶養者認定届出者欄 ⑥	フリガナ				今回届出の 事由発生日	令和 年 月 日		
	氏 名				今回届出 の理由			
	生年月日		5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日				
	被保険者 との続柄	(長男等具体的に記入)	性別		1. 男 2. 女	※健康保険組合欄		認定年月日
								令和 年 月 日
	住民票住所	〒 - TEL - -			被保険者 住所と別 の理由			
居 住 住民票と同じ場 合、記入は不要	〒 - TEL - -			被保険者 居所と別 の理由				

被扶養者認定届出者欄 ⑦	フリガナ				今回届出の 事由発生日	令和 年 月 日		
	氏 名				今回届出 の理由			
	生年月日		5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日				
	被保険者 との続柄	(長男等具体的に記入)	性別		1. 男 2. 女	※健康保険組合欄		認定年月日
								令和 年 月 日
	住民票住所	〒 - TEL - -			被保険者 住所と別 の理由			
居 住 住民票と同じ場 合、記入は不要	〒 - TEL - -			被保険者 居所と別 の理由				