

被扶養者届 (増加用)

1 / 2

常務理事	事務長	課長	担当者
記入不可			

被保険者等 記号・番号	123 - 1234567	全ページ数を記入してください。	
氏名	健康 太郎	被保険者の マイナンバー	※注4 -
生年月日	5.昭和 7.平成 45年4月1日	届出年月日	令和6年12月8日
住民票住所	〒111 - 2222 TEL 0123 - 45 - 〇〇〇〇県〇〇市〇〇町1丁目2番3号 〇〇マン	住民票住所と居住の住所が同じ場合、 居所の記入は不要です。	
居所	〒999 - 8888 TEL 090 - 0880 - □□県□□□□市4丁目5番 □□□察601号室	事由発生日は必ず記入してください。	

フリガナ	ケンコウ ハナコ	今回届出の 事由発生日	令和6年12月1日
氏名	健康 花子	今回届出の 理由	令和6年11月30日に退職した
生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 50年9月10日	届出者の マイナンバー (記入必須)	1234 - 5678 - 9100
被保険者 との続柄	(長男等具体的に記入) 妻	性別	2 1.男 2.女
住民票住所	〒111 - 2222 TEL 0123 - 45 - 6789 〇〇〇〇県〇〇市〇〇町1丁目2番3号 〇〇マンション405号室	被保険者 住所と別の 理由	被保険者が単身 赴任のため
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	いずれの理由にも当てはまらない場合、発行できません。

事業主欄

確認欄 この届出については、
 〇に印を
 〇に印を

事業主欄のため、加入者、認定届出者による記入は不可
(※任意継続被保険者は空欄で提出)

か届出者本人が確認している。 氏名

- 【注意事項】
1. この届は、事由発生日より5日以内に提出ください。
2. エクセル版は、上の届を入力すると下の通知書に反映されます。
3. 正テープ使用不可)
ク欄は□に✓を記入してください。
一を記入してください。
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。

令和 年 月 日

記入不可

ましたので通知します。
S K健康保険組合

被扶養者 (資格取得) 決定通知書

1 / 2

被保険者等 記号・番号	123 - 1234567		
氏名	健康 太郎		
生年月日	5.昭和 7.平成 45年4月1日	届出年月日	令和6年12月8日
住民票住所	〒111 - 2222 TEL 0123 - 45 - 6789 〇〇〇〇県〇〇市〇〇町1丁目2番3号 〇〇マンション405号室		
居所	〒999 - 8888 TEL 090 - 0880 - 0777 □□県□□□□市4丁目5番 □□□察601号室		

フリガナ	ケンコウ ハナコ	今回届出の 事由発生日	令和6年12月1日
氏名	健康 花子	今回届出の 理由	令和6年11月30日に退職した
生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 50年9月10日		
被保険者 との続柄	(長男等具体的に記入) 妻	性別	2 1.男 2.女
住民票住所	〒111 - 2222 TEL 0123 - 45 - 6789 〇〇〇〇県〇〇市〇〇町1丁目2番3号 〇〇マンション405号室	被保険者 住所と別の 理由	被保険者が単身 赴任のため
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 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 / 2

エクセル版では、全ページ数と被保険者等記号・番号、被保険者氏名が1ページ目から反映されます。

被保険者等記号・番号	123 - 1234567	被保険者氏名	健康 太郎
------------	---------------	--------	-------

フリガナ	ケンコウ ソウマ		今回届出の事由発生日	令和 6 年 12 月 1 日	
氏名	健康 颯真		今回届出の理由	今まで妻に扶養されていたが、妻が退職したため	
生年月日	7	5.昭和 7.平成 9.令和 16 年 5 月 2 日	届出者のマイナンバー (記入必須)	0123 - 4567 - 8910	
被保険者との続柄	(長男等具体的に記入) 二男	性別 1	1.男 2.女	※健康保険組合欄 認定年月日 記入不可	
住民票住所	〒 - TEL -		被保険者住所と別の理由	被保険者と居住の住所が違う場合、記入してください。	
居住住民票と同じ場合、記入は不要	〒 555 - 6666 TEL 080 - 0123 - 0147	被保険者住所と別の理由		進学のため	
◎◎府◎市◎◎町◎◎通5丁目1-6 ◎◎寮102号室					
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。					
<input checked="" type="checkbox"/> ※資格確認書発行要否 <input checked="" type="checkbox"/> 発行が必要 <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" 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 					

発行理由のいずれかに当てはまり、資格確認書の発行が必要な場合のみチェックしてください。

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 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 -	被保険者住所と別の理由			
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。					
<input type="checkbox"/> ※資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要 <ul style="list-style-type: none"> <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

2 / 2

被保険者等記号・番号	123 - 1234567	被保険者氏名	健康 太郎
------------	---------------	--------	-------

フリガナ	ケンコウ ソウマ		今回届出の事由発生日	令和 6 年 12 月 1 日	
氏名	健康 颯真		今回届出の理由	今まで妻に扶養されていたが、妻が退職したため	
生年月日	7	5.昭和 7.平成 9.令和 16 年 5 月 2 日			
被保険者との続柄	(長男等具体的に記入) 二男	性別 1	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	〒 555 - 6666 TEL 080 - 0123 - 0147	被保険者住所と別の理由		進学のため	
◎◎府◎市◎◎町◎◎通5丁目1-6 ◎◎寮102号室					
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 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 -	被保険者住所と別の理由			
③					