

育児休業等 取得者申出・変更（終了）届

常務理事	事務長	課長	担当者
記入不可			

※健保決定欄	下記の届出による 保険料免除期間	記入不可
--------	---------------------	------

被保険者欄	被保険者等 記号・番号	123 - 1234567		被保険者 の性別	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	健康 真由美		2	1. 男 2. 女	※ 注3 - -
	生年月日	7	5. 昭和 7. 平成 11 年 7 月 9 日	届出年月日	令和 7 年 2 月 15 日	
	住民票住所	〒 123 - 1234 TEL 060 - 1111 - 2222 〇〇県◇◇市△△456-78-303号				

養育する子	氏名①	健康 葵		生年月日	令和 7 年 2 月 10 日	
	氏名②			実子以外の子の 養育開始日	令和 年 月 日	
	続柄	1. 実子 2. 実子以外	被扶養者 該当不該当	2	1. 該当 2. 不該当	パパママ育休プラス 該当の場合は右に☑

育児休業等期間	区分	育児休業等免除開始年月日	育児休業等免除終了（予定）年月日	育休等取得日数	就業予定日数
	<input checked="" type="checkbox"/>	取得申出日	令和 7 年 4 月 7 日	令和 8 年 2 月 9 日	日
<input type="checkbox"/>	開始日変更	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日
<input type="checkbox"/>	終了日変更	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日

育休取得内訳	区分	育児休業等免除開始年月日	育児休業等免除終了（予定）年月日	育休等取得日数	就業予定日数	
	「育児休業等開始年月日」と「育児休業等終了（予定）年月日」が、かつ複数回、育児休業等を取得する場合	①	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日
		②	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日
		③	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日
		④	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日

事業主欄	<input type="checkbox"/> この届出は、事業主の証明が必要です。 （※任意継続被保険者の方は除く） 事業所の健康保険担当者を通じて提出してください。	上記のとおり届出します。 令和 年 月 日
------	---	--------------------------

- 【注意事項】
- この届は、育児休業等を取得した場合に提出ください。
 - 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。)
 - 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。
 - 出産前に提出する場合は、養育する子の氏名に出生予定を生年月日は出生予定日を記入してください。
 - 初めて申出する場合、育児休業期間の「取得申出」に☑し免除期間を記入してください。育児休業の開始日を変更する場合、育児休業期間の「開始変更」に☑し変更後の「取得申出の免除期間」と「変更した免除期間」を記入してください。育児休業の終了日を変更する場合、育児休業期間の「終了変更」に☑し「取得申出の免除期間」と「終了変更した免除期間」免除期間を記入してください。同月かつ複数回の場合、育休取得内訳を記入してください。
 - ※健保決定欄の保険料免除期間は、記入しないでください。

育児休業等 保険料免除通知書

ので通知します。

S K 健康保険組合 理事長

※健保決定欄

下記の届出による
保険料免除期間

記入不可

被 保 険 者 欄	被保険者等 記号・番号	123 - 1234567		被保険者 の性別		
	氏名	健康 真由美		2	1. 男 2. 女	
	生年月日	7	5. 昭和 7. 平成 11 年 7 月 9 日	届出年月日	令和 7 年 2 月 15 日	
	住民票住所	〒 123 - 1234 TEL 060 - 1111 - 2222 〇〇県◇◇市△△456-78-303号				

養 育 す る 子	氏名①	健康 葵		生年月日	令和 7 年 2 月 10 日	
	氏名②			実子以外の子の 養育開始日	令和 年 月 日	
	続柄	1. 実子 2. 実子以外	被扶養者 該当不該当	2	1. 該当 2. 不該当	パパママ育休プラス 該当の場合は右に☑

育 児 休 業 等 期 間	区分	育児休業等免除開始年月日	育児休業等免除終了(予定)年月日	育休等取得日数	就業予定日数
	<input type="checkbox"/> 取得申出日		令和 7 年 4 月 7 日	令和 8 年 2 月 9 日	日
<input type="checkbox"/> 開始日変更		令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日
<input type="checkbox"/> 終了日変更		令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日

育 休 取 得 内 訳	区分	育児休業等免除開始年月日	育児休業等免除終了(予定)年月日	育休等取得日数	就業予定日数	
	① 「育児休業等開始年月日」と「育児休業等終了(予定)年月日」が	①	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日
	②	②	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日
	③ 同月、かつ複数回、育児休業等	③	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日
	を取得する場合	④	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日

事業主欄

この届出は、事業主の証明が必要です。

(※任意継続被保険者の方は除く)

事業所の健康保険担当者を通じて提出してください。

この処分不服があるときは、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。

育児休業等 取得者申出・変更（終了）届

常務理事	事務長	課長	担当者
記入不可			

※健保決定欄	下記の届出による 保険料免除期間	記入不可
--------	---------------------	------

被保険者欄	被保険者等 記号・番号	123 - 1234567		被保険者 の性別	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	健康 真由美		2	1. 男 2. 女	※ 注3 - -
	生年月日	7	5. 昭和 7. 平成 11 年 7 月 9 日	届出年月日	令和 8 年 1 月 10 日	
	住民票住所	〒 123 - 1234 TEL 060 - 1111 - 2222 〇〇県◇◇市△△456-78-303号				

養育する子	氏名①	健康 葵		生年月日	令和 7 年 2 月 10 日	
	氏名②			実子以外の子の 養育開始日	令和 年 月 日	
	続柄	1. 実子 2. 実子以外	被扶養者 該当不該当	2	1. 該当 2. 不該当	パパママ育休プラス 該当の場合は右に☑

区分	育児休業等免除開始年月日	育児休業等免除終了（予定）年月日	育休等取得日数	就業予定日数
<input type="checkbox"/> 取得申出日	令和 7 年 4 月 7 日	令和 8 年 2 月 9 日	日	日
<input type="checkbox"/> 開始日変更	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日
<input checked="" type="checkbox"/> 終了日変更	令和 7 年 4 月 7 日	令和 8 年 4 月 30 日	日	日

育休取得内訳	区分	育児休業等免除開始年月日	育児休業等免除終了（予定）年月日	育休等取得日数	就業予定日数
	①	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日
	②	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日
	③	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日
	④	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日

取得申出時の休業期間と
変更後の休業期間を記入してください。

事業主欄	<input type="checkbox"/> この届出は、事業主の証明が必要です。 （※任意継続被保険者の方は除く） 事業所の健康保険担当者を通じて提出してください。	上記のとおり届出します。 令和 年 月 日
------	---	--------------------------

- 【注意事項】
- この届は、育児休業等を取得した場合に提出ください。
 - 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。)
 - 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。
 - 出産前に提出する場合は、養育する子の氏名に出生予定を生年月日は出生予定日を記入してください。
 - 初めて申出する場合、育児休業期間の「取得申出」に☑し免除期間を記入してください。育児休業の開始日を変更する場合、育児休業期間の「開始変更」に☑し変更後の「取得申出の免除期間」と「変更した免除期間」を記入してください。育児休業の終了日を変更する場合、育児休業期間の「終了変更」に☑し「取得申出の免除期間」と「終了変更した免除期間」免除期間を記入してください。同月かつ複数回の場合、育休取得内訳を記入してください。
 - ※健保決定欄の保険料免除期間は、記入しないでください。

育児休業等 保険料免除通知書

ので通知します。

S K 健康保険組合 理事長

※健保決定欄

下記の届出による
保険料免除期間

記入不可

被 保 険 者 欄	被保険者等 記号・番号	123 - 1234567			被保険者 の性別		
	氏名	健康 真由美			2	1. 男 2. 女	
	生年月日	7	5. 昭和 7. 平成	11 年 7 月 9 日	届出年月日	令和 8 年 1 月 10 日	
	住民票住所	〒 123 - 1234 TEL 060 - 1111 - 2222 〇〇県◇◇市△△456-78-303号					

養 育 す る 子	氏名①	健康 葵		生年月日	令和 7 年 2 月 10 日	
	氏名②			実子以外の子の 養育開始日	令和 年 月 日	
	続柄	1. 実子 2. 実子以外	被扶養者 該当不該当	2	1. 該当 2. 不該当	パパママ育休プラス 該当の場合は右に☑

育 児 休 業 等 期 間	区分	育児休業等免除開始年月日	育児休業等免除終了(予定)年月日	育休等取得日数	就業予定日数
	<input type="checkbox"/>	取得申出日	令和 7 年 4 月 7 日	令和 8 年 2 月 9 日	日
<input type="checkbox"/>	開始日変更	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日
<input type="checkbox"/>	終了日変更	令和 7 年 4 月 7 日	令和 8 年 4 月 30 日	日	日

育 休 取 得 内 訳	区分	育児休業等免除開始年月日	育児休業等免除終了(予定)年月日	育休等取得日数	就業予定日数
	①	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日
	②	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日
	③	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日
	④	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日

事業主欄

この届出は、事業主の証明が必要です。

(※任意継続被保険者の方は除く)

事業所の健康保険担当者を通じて提出してください。

この処分不服があるときは、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。

育児休業等 取得者申出・変更（終了）届

常務理事	事務長	課長	担当者
記入不可			

※健保決定欄	下記の届出による 保険料免除期間	記入不可
--------	---------------------	------

被 保 険 者 欄	被保険者等 記号・番号	123 - 1234567		被保険者 の性別	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	健康 友介		1. 男 2. 女	※ 注3 - -	
	生年月日	7	5. 昭和 7. 平成 11 年 4 月 25 日	届出年月日	令和 7 年 2 月 14 日	
	住民票住所	〒 123 - 1234 TEL 060 - 3456 - 0000 〇〇県◇◇市△△456-78-303号				

養 育 す る 子	氏名①	健康 葵		生年月日	令和 7 年 2 月 10 日	
	氏名②			実子以外の子の 養育開始日	令和 年 月 日	
	続柄	1. 実子 2. 実子以外	被扶養者 該当不該当	1. 該当 2. 不該当	パパママ育休プラス 該当の場合は右に☑	<input type="checkbox"/>

育 児 休 業 等 期 間	区分	育児休業等免除開始年月日	育児休業等免除終了（予定）年月日	育休等取得日数	就業予定日数
	<input checked="" type="checkbox"/> 取得申出日	令和 7 年 2 月 10 日	令和 7 年 3 月 31 日	28 日	22 日
	<input type="checkbox"/> 開始日変更	産後パパ育休を2回に分割して取得する場合、1回目の開始日から2回目の終了日までを記入し、その間に取得する育休日数と就業予定日数を記入してください。			
<input type="checkbox"/> 終了日変更	日				

育 休 取 得 内 訳	「育児休業等開始年月日」と「育児休業等終了（予定）年月日」が、かつ複数回、育児休業等を取得する場合	区分	育児休業等免除開始年月日	育児休業等免除終了（予定）年月日	育休等取得日数	就業予定日数
	①	令和 7 年 2 月 10 日	令和 7 年 2 月 23 日	14 日	0 日	
	②	令和 7 年 3 月 18 日	令和 7 年 3 月 31 日	14 日	0 日	
	③	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日	
	④	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日	

事 業 主 欄	<input type="checkbox"/> この届出は、事業主の証明が必要です。 （※任意継続被保険者の方は除く） 事業所の健康保険担当者を通じて提出してください。	上記のとおり届出します。 令和 年 月 日
------------------	---	--------------------------

- 【注意事項】
- この届は、育児休業等を取得した場合に提出ください。
 - 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。)
 - 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。
 - 出産前に提出する場合は、養育する子の氏名に出生予定を生年月日は出生予定日を記入してください。
 - 初めて申出する場合、育児休業期間の「取得申出」に☑し免除期間を記入してください。育児休業の開始日を変更する場合、育児休業期間の「開始変更」に☑し変更後の「取得申出の免除期間」と「変更した免除期間」を記入してください。育児休業の終了日を変更する場合、育児休業期間の「終了変更」に☑し「取得申出の免除期間」と「終了変更した免除期間」免除期間を記入してください。同月かつ複数回の場合、育休取得内訳を記入してください。
 - ※健保決定欄の保険料免除期間は、記入しないでください。

育児休業等 保険料免除通知書

ので通知します。

S K 健康保険組合 理事長

※健保決定欄

下記の届出による
保険料免除期間

記入不可

被 保 険 者 欄	被保険者等 記号・番号	123 - 1234567		被保険者 の性別		
	氏名	健康 友介		1. 男 2. 女		
	生年月日	7	5. 昭和 7. 平成 11 年 4 月 25 日	届出年月日	令和 7 年 2 月 14 日	
	住民票住所	〒 123 - 1234 TEL 060 - 3456 - 0000 〇〇県◇◇市△△456-78-303号				

養 育 す る 子	氏名①	健康 葵		生年月日	令和 7 年 2 月 10 日	
	氏名②			実子以外の子の 養育開始日	令和 年 月 日	
	続柄	1. 実子 2. 実子以外	被扶養者 該当不該当	1. 該当 2. 不該当	パパママ育休プラス 該当の場合は右に☑	<input type="checkbox"/>

育 児 休 業 等 期 間	区分	育児休業等免除開始年月日	育児休業等免除終了(予定)年月日	育休等取得日数	就業予定日数
	<input type="checkbox"/>	取得申出日	令和 7 年 2 月 10 日	令和 7 年 3 月 31 日	28 日
<input type="checkbox"/>	開始日変更	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日
<input type="checkbox"/>	終了日変更	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日

育 休 取 得 内 訳	区分	育児休業等免除開始年月日	育児休業等免除終了(予定)年月日	育休等取得日数	就業予定日数
	①	令和 7 年 2 月 10 日	令和 7 年 2 月 23 日	14 日	0 日
	②	令和 7 年 3 月 18 日	令和 7 年 3 月 31 日	14 日	0 日
	③	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日
	④	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日

事業主欄

この届出は、事業主の証明が必要です。

(※任意継続被保険者の方は除く)

事業所の健康保険担当者を通じて提出してください。

この処分不服があるときは、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。

育児休業等 取得者申出・変更（終了）届

常務理事	事務長	課長	担当者
記入不可			

※健保決定欄	下記の届出による 保険料免除期間	記入不可
--------	---------------------	------

被保険者欄	被保険者等 記号・番号	123 - 1234567		被保険者 の性別	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	健康 友介		1. 男 2. 女	※ 注3 - -	
	生年月日	7	5. 昭和 7. 平成 11 年 4 月 25 日	届出年月日	令和 8 年 1 月 20 日	
	住民票住所	〒 123 - 1234 TEL 060 - 3456 - 0000 〇〇県◇◇市△△456-78-303号				

養育する子	氏名①	健康 葵		生年月日	令和 7 年 2 月 10 日	
	氏名②			実子以外の子の 養育開始日	令和 年 月 日	
	続柄	1. 実子 2. 実子以外	被扶養者 該当不該当	1. 該当 2. 不該当	パパママ育休プラス 該当の場合は右に☑	<input checked="" type="checkbox"/>

区分	育児休業等免除開始年月日	育児休業等免除終了（予定）年月日	育休等取得日数	就業予定日数
<input checked="" type="checkbox"/> 取得申出日	令和 8 年 2 月 10 日	令和 8 年 4 月 9 日	59 日	日
<input type="checkbox"/> 開始日変更	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日
<input type="checkbox"/> 終了日変更	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日

育休取得内訳	区分	育児休業等免除開始年月日	育児休業等免除終了（予定）年月日	育休等取得日数	就業予定日数	
	「育児休業等開始年月日」と「育児休業等終了（予定）年月日」が、かつ複数回、育児休業等を取得する場合	①	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日
		②	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日
		③	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日
		④	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日

事業主欄	<input type="checkbox"/> この届出は、事業主の証明が必要です。 （※任意継続被保険者の方は除く） 事業所の健康保険担当者を通じて提出してください。	上記のとおり届出します。 令和 年 月 日
------	---	--------------------------

- 【注意事項】
- この届は、育児休業等を取得した場合に提出ください。
 - 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。)
 - 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。
 - 出産前に提出する場合は、養育する子の氏名に出生予定を生年月日は出生予定日を記入してください。
 - 初めて申出する場合、育児休業期間の「取得申出」に☑し免除期間を記入してください。育児休業の開始日を変更する場合、育児休業期間の「開始変更」に☑し変更後の「取得申出の免除期間」と「変更した免除期間」を記入してください。育児休業の終了日を変更する場合、育児休業期間の「終了変更」に☑し「取得申出の免除期間」と「終了変更した免除期間」免除期間を記入してください。同月かつ複数回の場合、育休取得内訳を記入してください。
 - ※健保決定欄の保険料免除期間は、記入しないでください。

育児休業等 保険料免除通知書

ので通知します。

S K 健康保険組合 理事長

※健保決定欄

下記の届出による
保険料免除期間

記入不可

被 保 険 者 欄	被保険者等 記号・番号	123 - 1234567		被保険者 の性別		
	氏名	健康 友介		1. 男 2. 女		
	生年月日	7	5. 昭和 7. 平成 11 年 4 月 25 日	届出年月日	令和 8 年 1 月 20 日	
	住民票住所	〒 123 - 1234 TEL 060 - 3456 - 0000 〇〇県◇◇市△△456-78-303号				

養 育 す る 子	氏名①	健康 葵		生年月日	令和 7 年 2 月 10 日	
	氏名②			実子以外の子の 養育開始日	令和 年 月 日	
	続柄	1. 実子 2. 実子以外	被扶養者 該当不該当	1. 該当 2. 不該当	パパママ育休プラス 該当の場合は右に☑	<input type="checkbox"/>

育 児 休 業 等 期 間	区分	育児休業等免除開始年月日	育児休業等免除終了(予定)年月日	育休等取得日数	就業予定日数
	<input type="checkbox"/> 取得申出日		令和 8 年 2 月 10 日	令和 8 年 4 月 9 日	59 日
<input type="checkbox"/> 開始日変更		令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日
<input type="checkbox"/> 終了日変更		令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日

育 休 取 得 内 訳	区分	育児休業等免除開始年月日	育児休業等免除終了(予定)年月日	育休等取得日数	就業予定日数	
	「育児休業等開始年月日」と「育児休業等終了(予定)年月日」が	①	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日
	同日、かつ複数回、育児休業等	②	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日
	を取得する場合	③	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日
		④	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	日

事業主欄

この届出は、事業主の証明が必要です。

(※任意継続被保険者の方は除く)

事業所の健康保険担当者を通じて提出してください。

この処分不服があるときは、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。