

① 事業所記号		

決	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者
裁				

## 健康保険被扶養者（減少）届

正

提出先 提出部 提出期間 事業所を由して健康保険組合へ  
二異通（正・副）から五日以内

被 保 険 者 欄	② 被保険者証番号	③ 氏名	④ 性別 男・女	⑤ 生年月日	昭和 平成	年	月	日生
	⑥ 勤務先名称	⑦ 取得年月日			昭和 平成 令和	年	月	日
	⑧ 標準報酬月額	⑩ この届出が受理された後の被扶養者数			名	⑪ この届出が受理される前の被扶養者数		
⑨ 被保険者の住所								

被 扶 養 者 情 報 記 入 欄	フリガナ	生年月日	性別	続柄	扶養をしなくなった年月日	理由	住所地	被扶養者証の添付の有無及び回収年月日	※除外年月日
	氏名	昭・平・令	男・女		令和		理由で「後期高齢」、「その他」の方は記入。	有・無	令和
							都道府県		
							都道府県		
							都道府県		
							都道府県		

令和 年 月 日 提出

提 出 者	事業主の確認により本人押印を省略する場合は、下記にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 本人押印の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号

MBK連合健康保険組合 理事長 殿

社会保険労務士の提出代行者

受付日付印

※健保記入欄

① 事業所記号		

# 健康保険被扶養者(減少)届決定通知書

副

提出先  
提出部  
提出期間  
事業所を  
経過した  
日(正・副)  
から五日以内

被保険者欄	② 被保険者証番号							③ 氏名				④ 性別	男・女	⑤ 生年月日	昭和 平成	年	月	日生
	⑥ 勤務先名称								⑦ 取得年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	⑧ 標準報酬月額				
	⑨ 被保険者の住所								⑩ この届出が受理された後の被扶養者数				名	⑪ この届出が受理される前の被扶養者数				

フリガナ氏名	生年月日	性別	続柄	扶養をしなくなった年月日	理由	住所地 <small>理由で「後期高齢」、 「その他」の方は記入。</small>	被扶養者証の添付の有無及び回収年月日	※ 除外年月日							
								令和	年	月	日				
	昭・平・令	男・女		令和		都道府県	有・無	令和	年	月	日	令和	年	月	日
	昭・平・令	男・女		令和		都道府県	有・無	令和	年	月	日	令和	年	月	日
	昭・平・令	男・女		令和		都道府県	有・無	令和	年	月	日	令和	年	月	日
	昭・平・令	男・女		令和		都道府県	有・無	令和	年	月	日	令和	年	月	日

令和 年 月 日に提出された届に基づき上記のとおり確認されたので通知します。

提出者	事業主の確認により本人押印を省略する場合は、下記にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 本人押印の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号

MBK連合健康保険組合 理事長

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。

確認日付印