正

2024年12月2日法改正により、健康保険証の新規発行は廃止となりましたが、被扶養者の届出は必要です。

健康保険被扶養者(異動)届

令和　　年　月　日提出

決裁	常務理事	事務長	事務次長	担当

被保険者								
被保険者の記号・番号		資格取得年月日	昭 平 令　年　月　日	氏名	※押印不要の為、下記確認欄に☑が必要です。	生年月日	昭 平 令　年　月　日	電話番号
現住所(被保険者居所)	〒			この届を出す時点の年間所得	千円	この届が受理された後の被扶養者数	名	この届が受理される前の被扶養者数　名

被扶養者	増減の別	(フリガナ)氏名	性別	上段:生年月日 下段:個人番号(12桁) ※(減)の時は個人番号不要	職業 被保険者との続柄	現住所(被扶養者居所)	被保険者との世帯別	扶養されるようになった日、扶養されなくなった日	扶養に関する事由	年間収入 収入の名目	税法上の扶養家族該当有無	この欄は記入しないで下さい 認定又は削除 年月日	備考
	増		男	昭・平・令　年　月　日			同	令和		千円	有	認・削 令和	
	減		女				別	年　月　日			無	年　月　日	
	増		男	昭・平・令　年　月　日			同	令和		千円	有	認・削 令和	
	減		女				別	年　月　日			無	年　月　日	
	増		男	昭・平・令　年　月　日			同	令和		千円	有	認・削 令和	
	減		女				別	年　月　日			無	年　月　日	
	増		男	昭・平・令　年　月　日			同	令和		千円	有	認・削 令和	
	減		女				別	年　月　日			無	年　月　日	

確認欄		資格確認書　交付申請書　添付
□	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。 ①申請者本人(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申請者本人が確認している。	※いずれかに○　あり　・　なし ※(減)の時は記入不要

〔事業主の証明〕

上記の通り、相違ないことを証明します。

令和　　年　月　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号

担当者名

社会保険労務士の提出代行者名

〔注〕
1. **用紙は正・副の2枚あります。必ず、すべて記入して下さい。未記入がありますと扶養認定できない場合があります。**
2. 資格取得時(入社時・再雇用時・任意継続加入時)には、「被扶養者届」として取扱います。
3. 資格取得後の被扶養者の増減申請時には、「被扶養者異動届」として取り扱います。
4. 職業＝無職やパート等。 学生は小学1年等学年まで。 未就学児のみ空欄　／　続柄＝実母、妻、長男、長女等と記入して下さい。
5. 扶養に関する事由＝結婚、出生、収入増、就職、雇用保険受給開始(終了)、パート先の健康保険へ加入等とわかりやすく記入して下さい。
6. 被扶養者の年間収入＝課税・非課税に関係なく、全ての収入の名目と金額について記入して下さい。
7. 被扶養対象者状況調査書(現況届)、公的証明書等を提出して頂きます。**※申請時必要添付書類は被扶養対象者状況調査書(現況届)の次頁掲載。**
8. **個人番号は、「正」のみに記入して下さい。個人番号通知未着(出生等)の場合、個人番号は後日提出となるため未記入でかまいません。**
   次の方の個人番号は不要です　>>>　①扶養(減)の方。②すでに健保組合に個人番号を提出している方。
9. **手書きの方は、正・副の2枚とも同事項を記入してください。 ※個人番号は1枚目(正)のみ入力。 事業所には(正)(副)の2枚を必ず提出してください。**
10. **2024年12月2日法改正のため、資格確認書の交付が必要な被扶養者は本届(申請書)と一緒に「資格確認書　交付申請書」の提出が必要です。**
    なお、マイナンバーカードをお持ちの方は、マイナ保険証登録をお願いします。マイナ保険証登録済みの方は資格確認書は不要です。
11. **被保険者の記号・番号は、「資格情報のお知らせ」または「マイナポータル」でご確認いただけます。**

副

被扶養者（認定／削除／否認）通知書

令和　　年　月　日提出

被保険者									
被保険者の記号・番号		資格取得年月日	昭 平 令　年　月　日	氏名		生年月日	昭 平 令　年　月　日	電話番号	
現住所（被保険者居所）	〒			この届を出す時点の年間所得	千円	この届が受理された後の被扶養者数	名	この届が受理される前の被扶養者数	名

被扶養者														
増減の別	（フリガナ）氏名	性別	上段：生年月日 下段：個人番号（12桁）	職業 被保険者との続柄	現住所（被扶養者居所）	被保険者との世帯別	扶養されるようになった日、扶養されなくなった日	扶養に関する事由	年間収入 収入の名目	税法上の扶養家族該当有無	この欄は記入しないで下さい 認定又は削除年月日		備考
増		男	昭・平・令　年　月　日			同	令和		千円	有	認・削	令和	
減		女	※この欄は記入しない			別	年　月　日			無		年　月　日	
増		男	昭・平・令　年　月　日			同	令和		千円	有	認・削	令和	
減		女	※この欄は記入しない			別	年　月　日			無		年　月　日	
増		男	昭・平・令　年　月　日			同	令和		千円	有	認・削	令和	
減		女	※この欄は記入しない			別	年　月　日			無		年　月　日	
増		男	昭・平・令　年　月　日			同	令和		千円	有	認・削	令和	
減		女	※この欄は記入しない			別	年　月　日			無		年　月　日	

令和　　年　　月　　日提出の被扶養者（異動）届に基づき審査の結果、上記の者を令和　　年　　月　　日付で被扶養者（と認定／から削除／として否認）したので通知します。

（注）　事業主は、健康保険法施行規則第34条により、この通知書を完結の日から2年間保存して下さい。
また、この通知が被保険者の届出又は申請内容と異なる時は、被保険者に通知して下さい。

事業主　殿

令和　　年　　月　　日

DM三井製糖グループ健康保険組合

確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。
□	①申請者本人（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申請者本人が確認している。

（教示文）　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。