正

常務理事	事務長	課　長	課長補佐	係　長	係　員

健康保険被扶養者（異動）届

□認定　□削除　□訂正・氏名変更

マイナンバーの記載は義務化されています

被保険者欄							
被保険者証の記号		被保険者証の番号		氏名		標準報酬月額	千円
生年月日				取得年月日		年間収入見込額	約　万円
現住所	〒					備考	

被扶養者欄1								
氏名	(フリガナ) (氏)	(名)			生年月日		性別	
					個人番号			
続柄		職業		月収　円	住民票住所	□同居　別居　〒 □別居→		
認定する日				住民票以外の居所住所	〒			
削除する日				認定・削除の理由		資格確認書発行要否	□ 発行が必要	

※ 住民票の住所が、被扶養者欄の住所(同居の場合は被保険者の住所)と同じ場合は、同上に☑してください。同じ場合は住所の記入は不要です。

被扶養者欄2								
氏名	(フリガナ) (氏)	(名)			生年月日		性別	
					個人番号			
続柄		職業		月収　円	住民票住所	□同居　別居　〒 □別居→		
認定する日				住民票以外の居所住所	〒			
削除する日				認定・削除の理由		資格確認書発行要否	□ 発行が必要	

被扶養者欄3								
氏名	(フリガナ) (氏)	(名)			生年月日		性別	
					個人番号			
続柄		職業		月収　円	住民票住所	□同居　別居　〒 □別居→		
認定する日				住民票以外の居所住所	〒			
削除する日				認定・削除の理由		資格確認書発行要否	□ 発行が必要	

事業主確認欄

□ この届書は被保険者が作成したものです。　□ 記載内容について誤りがないか被保険者が確認しています。

扶養状況説明書(申立書)の添付書類の記号が「R」か「A」か「N」に該当し、事業主の確認により添付書類を省略した場合は□に✓を付してください。

「R」に該当	身分証明書 省略	□ 被保険者と認定対象者の続柄を確認しました。
「A」 〃	所得証明書 〃	□ 認定対象者は所得税法上の控除対象配偶者又は控除対象扶養親族であることを確認しました。
「N」 〃	世帯証明書 〃	□ 被保険者と認定対象者が同一世帯であることを確認しました。

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

受付日付印

令和　　年　　月　　日 提出

(三号)

社会保険労務士の代行者

(250401)
観光産業健康保険組合

副

健康保険被扶養者（異動）届

□認定　□削除　□訂正・氏名変更

被保険者							
被保険者証の記号		被保険者証の番号		氏名		標準報酬月額	千円
生年月日				取得年月日		年間収入見込額	約　万円
現住所	〒					備考	

被扶養者1								
氏名	(フリガナ) (氏)	(名)			生年月日		性別	
					個人番号			
続柄		職業		月収	円	住民票住所	□同居　別居　〒 □別居→	
認定する日				住民票以外の居所住所	〒			
削除する日				認定・削除の理由		資格確認書発行要否	□ 発行が必要	

被扶養者2								
氏名	(フリガナ) (氏)	(名)			生年月日		性別	
					個人番号			
続柄		職業		月収	円	住民票住所	□同居　別居　〒 □別居→	
認定する日				住民票以外の居所住所	〒			
削除する日				認定・削除の理由		資格確認書発行要否	□ 発行が必要	

被扶養者3								
氏名	(フリガナ) (氏)	(名)			生年月日		性別	
					個人番号			
続柄		職業		月収	円	住民票住所	□同居　別居　〒 □別居→	
認定する日				住民票以外の居所住所	〒			
削除する日				認定・削除の理由		資格確認書発行要否	□ 発行が必要	

事業主確認欄

□ この届書は被保険者が作成したものです。　□ 記載内容について誤りがないか被保険者が確認しています。

扶養状況説明書（申立書）の添付書類の記号が「R」か「A」か「N」に該当し、事業主の確認により添付書類を省略した場合は□に✓を付してください。

「R」に該当	身分証明書 省略	□ 被保険者と認定対象者の続柄を確認しました。
「A」 〃	所得証明書 〃	□ 認定対象者は所得税法上の控除対象配偶者又は控除対象扶養親族であることを確認しました。
「N」 〃	世帯証明書 〃	□ 被保険者と認定対象者が同一世帯であることを確認しました。

上記のとおり認定（削除）となりましたので通知します。

令和　　年　　月　　日

観光産業健康保険組合理事長

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

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。