

提出先：本人（被保険者）→事業主（HRSSC）

健康保険被扶養者（異動）届

正

事業主の証明欄

常務理事	適用担当

従業員番号: _____

健康保険被保険者記号	健康保険被保険者番号	被保険者の氏名		生年月日			性別	異動の別	資格取得年月日			標準報酬月額		
1000		(氏)	(名)	昭5 平7 令9	年	月	日	男1 女2	追加1 削除2 (変更)	平成 令和	年	月	日	千円
被保険者の住所				備考										

被扶養者の氏名	生年月日	性別	続柄	被扶養者の職業	被扶養者の収入	被扶養者に なった日	被扶養者で なくなった日	被扶養者追加理由 又は 削除理由	同居別居の別	備考
			年令							
(氏)	(名)	年 月 日	男1			年 月 日	年 月 日		同・別	
(フリガナ)	昭5 平7 令9		女2	才		令和	令和			※続柄確認済 <input type="checkbox"/>
(氏)	(名)	年 月 日	男1			年 月 日	年 月 日		同・別	
(フリガナ)	昭5 平7 令9		女2	才		令和	令和			※続柄確認済 <input type="checkbox"/>
(氏)	(名)	年 月 日	男1			年 月 日	年 月 日		同・別	
(フリガナ)	昭5 平7 令9		女2	才		令和	令和			※続柄確認済 <input type="checkbox"/>
(氏)	(名)	年 月 日	男1			年 月 日	年 月 日		同・別	
(フリガナ)	昭5 平7 令9		女2	才		令和	令和			※続柄確認済 <input type="checkbox"/>

事業主確認欄 事業主が確認した場合に **確認** 収入に関する証明の添付が省略されている者は、所得税法上の控除対象配偶者・扶養親族であることを確認しました。
 ○で囲んでください。

健康保険

被扶養者認定（抹消）通知書

副

事業主の証明欄

届出の扶養者について認定（抹消）
しましたので通知します。

令和 年 月 日

ネスレ健康保険組合 理事長

Table with 8 columns: 健康保険被保険者記号, 健康保険被保険者番号, 被保険者の氏名, 生年月日, 性別, 異動の別, 資格取得年月日, 標準報酬月額. Includes fields for name, date, gender, and status changes.

Table with 11 columns: 被扶養者の氏名, 生年月日, 性別, 続柄, 被扶養者の職業, 被扶養者の収入, 被扶養者になつた日, 被扶養者でなくなつた日, 被扶養者追加理由又は削除理由, 同居別居の別, 備考. Includes a '事業主確認欄' (Business Owner Confirmation Section) at the bottom with a '確認' (Confirmation) stamp.

この通知について不明な点があるときは、当健康保険組合までお尋ねください。
<問合せ先> ネスレ健康保険組合 適用担当 電話 078-230-7040

この処分に不服があるときは、処分があつたことを知つ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つたことを知つた日から6か月以内(再審査請求があつたときは、その裁決があつたことを知つた日から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、審査請求があつた日から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。