

提出先：本人（被保険者）→健康保険組合

健康保険 任意継続被扶養者（異動）届

常務理事	適用担当

正

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		
9000		(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)	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□
(氏)	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□
(氏)	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□
(氏)	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□

健康保険 任意継続

被扶養者認定（抹消）通知書

副

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

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		
9000		(氏)	(名)	昭5	年	月	日	男1	追加1	平成	年	月	日	千円
				平7				女2	削除2 (変更)	令和				
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) (フリガナ)	昭5 7 9	男1 女2	才			令和	令和		同・別	※続柄確認済□
(氏) (フリガナ)	昭5 7 9	男1 女2	才			令和	令和		同・別	※続柄確認済□
(氏) (フリガナ)	昭5 7 9	男1 女2	才			令和	令和		同・別	※続柄確認済□
(氏) (フリガナ)	昭5 7 9	男1 女2	才			令和	令和		同・別	※続柄確認済□

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。