

被扶養者(変更)届 〔認定 削除 訂正〕

常務理事	事務長	課長	係長	係

下記のとおり決定してよろしいか伺います。

被保険者証の 記号・番号		被保険者の 氏名		被保険者の生年月日	資格取得の年月日
標準報酬月額	千円	被保険者の 住所	〒 -	<input type="radio"/> 昭 <input type="radio"/> 平	<input type="radio"/> 昭 <input type="radio"/> 平 <input type="radio"/> 令

送信	申請者欄	被保険者との続柄	(フリガナ) 被扶養者氏名	被扶養者の 生年月日	性別	個人番号	被扶養者の職 業(年間収入)	扶養しはじめた 日又は扶養しな くなった日	扶養しはじめた 理由又は扶養し なくなった理由	保 險 者 認 定	
				<input type="radio"/> 昭 <input type="radio"/> 平 <input type="radio"/> 令	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女					年 月 日	印
				同居の別 <input type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 別居	住所 (別居のみ)						

の削しけ右 場除る記 合及く家 はびだに 除新さい く生。全 一 児(を帯 申但記 請し載 お	被保険者 との続柄	氏 名	年 齢	職 業	適 要	家 族 構 成 名 { 本人・妻・父・母 子(人)	調 査 年 月 日 令和 年 月 日
	本 人					認 定 済 名 { 妻・子(人)	件 名 (/)
						申 請 名 { 妻・父・母 子(人)	住・所・農・調(離)
						電 話 () -	膳・抄・年(父・母)
						郵便番号 -	在・診・保・3
						事業所所在地	
					事業所名称		
					事業主氏名		
					担当者名		

付 印
受

※記入方法を参考にして、太ワケ内の欄は全部記入してください。

被扶養者(変更)届 〔認定 削除 訂正〕

被保険者証の 記号・番号		被保険者の 氏名		被保険者の生年月日			資格取得の年月日						
標準報酬月額	千円	被保険者の 住所	〒 -	<input type="radio"/> 昭 <input type="radio"/> 平	年	月	日	<input type="radio"/> 昭 <input type="radio"/> 平 <input type="radio"/> 令	年	月	日		
申請者欄	被保険者 との続柄	(フリガナ) 被扶養者氏名	被扶養者の 生年月日	性別	被扶養者の職 業(年間収入)	扶養しはじめた 日又は扶養しな くなった日	扶養しはじめた 理由又は扶養し なくなった理由	保 険 者 認 定					
			<input type="radio"/> 昭 <input type="radio"/> 平 <input type="radio"/> 令	年		月	日	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	年	月	日	年 月 日	印
			同居の別 <input type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 別居	住所 (別居のみ)									

の削しけ右 場除てる記 合及く家 はびだに 除新全 く生。員 一(児(を 申但記 請し載 お	被保険者 との続柄	氏 名	年 齢	職 業
	本 人			

この欄は記入しないでください

この処分不服があるときは、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と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。

この欄は記入しないでください。

上記のとおり決定いたしました。

新潟県農業団体健康保険組合 Ⓢ

電話	() -
郵便番号	-
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
担当者名	

付 印
受

この届書は、被保険者が次のいずれかに該当するときは、事業主を経由してその日から5日以内に正副二通を提出してください。

- [1] 被扶養者を有する者が新たに被保険者資格を取得したとき。
- [2] 被保険者が新たに被扶養者を有するにいたったとき。
- [3] 被扶養者を削除するとき。

記入上の注意

- (1) 新規取得者がこの届を提出するときは表題の(変更)の文字を消してください。
- (2) 申請者欄の保険者認定欄以外は必ず全部記入してください。
- (3) 被扶養者を削除する場合は、その理由と死亡年月日・就職年月日等を記載してください。
- (4) 被扶養者を削除する場合は、被保険者証を添付してください。
- (5) 「被保険者との続柄」欄は長男、長女、養子、養母、義母等とくわしく記入してください。
- (6) 被扶養者を削除する場合、または被扶養者について訂正する場合は、個人番号の記入は不要です。

認定に関する書類 右記の番号を参照してください。

申請者区分		届に添付するもの	後日組合より依頼するもの	
直系尊属 (父・母・祖父母・養父母)		① ④	⑧ ⑨ ⑩	
配偶者		①	⑩	
直系卑属	子	16歳未満	⑦ ⑩	
	子	16歳以上～ 60歳未満	学生……⑤ ⑦	⑩
			就労不能者① ⑥ ⑦	⑧ ⑩
	実子以外の子		上記子の外に ① ③ ⑦	子と同じ
	孫・曾孫		① ②	⑧ ⑩
傍系親族	兄弟姉妹		子の外に ① ②	⑧ ⑩
	その他三親等内の親族		① ②	⑧ ⑩

届に添付する書類

- ① 扶養調査書
- ② 戸籍謄本
- ③ 戸籍抄本
- ④ 各種年金等の金額がわかる振込通知書の写し(最新のもの)
- ⑤ 学生証写しもしくは在学証明書
- ⑥ 医師の診断書・障害者手帳の写し
- ⑦ 夫婦共働きの場合それぞれの年間収入がわかる書類(源泉徴収票等写し)

組合より依頼する書類

- ⑧ 家族全員の住民(続柄を省略しないもの)
- ⑨ 所得証明書
- ⑩ その他必要に応じて