① 事業所記号		

健康保険被扶養者（新規・増加）届

決裁	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者

正

提出先　事業所を経由して健康保険組合へ
提出期限　異動を生じた日から五日以内
提出部数　二通（正・副）

被保険者欄

② 被保険者等番号		③ 氏名	印	④ 性別	男・女
⑤ 生年月日	昭和 平成 年 月 日生	⑥ 勤務先名称		⑦ 取得年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
⑧ 標準報酬月額	千円	⑨ 収入（年収）	万円	⑩ 被保険者の住民票住所	
⑪ この届出が受理された後の被扶養者数	名	⑫ この届出が受理される前の被扶養者数	名		

※氏名、フリガナは住民票表記でご記入ください。

被扶養者欄①

フリガナ		続柄	（例：長男）	性別	男・女
氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	住所（別居の場合のみ）	〒 ― 電話番号 （ ）
個人番号	※個人番号は必ず記載してください。	個人番号が記入できない場合の理由 1. 海外在住 2. その他（ ）	職業	資格確認書発行要否	マイナ保険証を持っている場合は記入不要 ●下記のA～Gの理由に該当する場合のみ、「発行が必要」に✔をし申請理由を記入
扶養開始日	令和 年 月 日	届出理由	収入（月収） 円	該当する申請理由（A～G）	A：マイナンバーカードを紛失又は更新手続中（※） B：要配慮者で同行者（介助者等）が必要な方（※） C：マイナンバーカード未取得 D：マイナンバーカード保有者で保険証利用未登録 E：マイナ保険証の保険証利用登録を解除した F：マイナンバーカードの電子証明書有効期限切れ G：マイナンバーカードを返納

☐ 発行が必要

備考		
※認定日	令和 年 月 日	

被扶養者欄②

フリガナ		続柄	（例：二男）	性別	男・女
氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	住所（別居の場合のみ）	〒 ― 電話番号 （ ）
個人番号	※個人番号は必ず記載してください。	個人番号が記入できない場合の理由 1. 海外在住 2. その他（ ）	職業	資格確認書発行要否	マイナ保険証を持っている場合は記入不要 ●下記のA～Gの理由に該当する場合のみ、「発行が必要」に✔をし申請理由を記入
扶養開始日	令和 年 月 日	届出理由	収入（月収） 円	該当する申請理由（A～G）	A：マイナンバーカードを紛失又は更新手続中（※） B：要配慮者で同行者（介助者等）が必要な方（※） C：マイナンバーカード未取得 D：マイナンバーカード保有者で保険証利用未登録 E：マイナ保険証の保険証利用登録を解除した F：マイナンバーカードの電子証明書有効期限切れ G：マイナンバーカードを返納

☐ 発行が必要

備考		
※認定日	令和 年 月 日	

※健保記入欄

令和　年　月　日 提出

（※）「資格確認書発行要否」の申請理由がAとBの方は、別途「資格確認書（再）交付申請書」もご提出ください。

提出者

事業主の確認により本人押印を省略する場合は、下記にチェックしてください。

☐ 本人押印の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号

MBK連合健康保険組合　理事長　殿

社会保険労務士の提出代行者

受付日付印

① 事業所記号		

健康保険被扶養者認定・不認定決定通知書

副

提出先　事業所を経由して健康保険組合へ
提出期限　異動を生じた日から五日以内
提出部数　二通（正・副）

被保険者欄

② 被保険者等番号						③ 氏名	㊞	④ 性別	男・女	⑤ 生年月日	昭和 平成 年 月 日生					
⑥ 勤務先名称								⑦ 取得年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	⑧ 標準報酬月額	千円	⑨ 収入（年収）	万円			
⑩ 被保険者の住民票住所								⑪ この届出が受理された後の被扶養者数	名	⑫ この届出が受理される前の被扶養者数	名					

※氏名、フリガナは住民票表記でご記入ください。

被扶養者欄①

ﾌﾘｶﾞﾅ								続柄	（例：長男）	性別	男・女	生年月日	昭・平・令	年	月	日	住所（別居の場合のみ）	〒 ― 電話番号 （ ）						
氏名																								
個人番号								職業		資格確認書発行要否	マイナ保険証を持っている場合は記入不要 ●下記のA～Gの理由に該当する場合のみ、「発行が必要」に✔をし申請理由を記入 ☐ 発行が必要 該当する申請理由（A～G） A：マイナンバーカードを紛失又は更新手続中（※） B：要配慮者で同行者（介助者等）が必要な方（※） C：マイナンバーカード未取得 D：マイナンバーカード保有者で保険証利用未登録 E：マイナ保険証の保険証利用登録を解除した F：マイナンバーカードの電子証明書有効期限切れ G：マイナンバーカードを返納								備考						
扶養開始日	令和	年	月	日	届出理由			収入（月収）	円												※認定日	令和 年	月	日

※健保記入欄

被扶養者欄②

ﾌﾘｶﾞﾅ								続柄	（例：二男）	性別	男・女	生年月日	昭・平・令	年	月	日	住所（別居の場合のみ）	〒 ― 電話番号 （ ）						
氏名																								
個人番号								職業		資格確認書発行要否	マイナ保険証を持っている場合は記入不要 ●下記のA～Gの理由に該当する場合のみ、「発行が必要」に✔をし申請理由を記入 ☐ 発行が必要 該当する申請理由（A～G） A：マイナンバーカードを紛失又は更新手続中（※） B：要配慮者で同行者（介助者等）が必要な方（※） C：マイナンバーカード未取得 D：マイナンバーカード保有者で保険証利用未登録 E：マイナ保険証の保険証利用登録を解除した F：マイナンバーカードの電子証明書有効期限切れ G：マイナンバーカードを返納								備考						
扶養開始日	令和	年	月	日	届出理由			収入（月収）	円												※認定日	令和 年	月	日

令和　　年　　月　　日 に提出された届に基づき上記のとおり確認されたので通知します。（※）「資格確認書発行要否」の申請理由がAとBの方は、別途「資格確認書（再）交付申請書」もご提出ください。

提出者

事業主の確認により本人押印を省略する場合は、下記にチェックしてください。

☐ 本人押印の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号

MBK連合健康保険組合　理事長

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。

確認日付印