

任意継続被保険者

健康保険被扶養者（減少）届

決 裁	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者

任 継	被保険者記号
	9 0 0

正

被保険者自ら署名する場合には押印は不要です
提出日：異動を生じた日から五日以内

被 保 険 者 欄	被保険者証号					被保険者の氏名	印	性別	男・女	被保険者の生年月日	昭和 平成	年	月	日生
	被保険者の資格取得年月日	令和	年	月	日	この届を出す際の被保険者の報酬月額		この届が受理された後の被扶養者数		名	この届が受理される前の被扶養者数		名	

氏 名	生 年 月 日	性 別	続 柄	扶養をしなくなった年月日	理 由	住所地 <small>理由で「後期高齢」 「その他」の方は記入。</small>	被扶養者証の添付の有無及び回収年月日	※ 除外年月日		
								都 道 府 県	有・無	令和 年 月 日
フリガナ	昭・平・令	男・女		令和		都 道 府 県	有・無	令和 年 月 日	令和 年 月 日	
	昭・平・令	男・女		令和		都 道 府 県	有・無	令和 年 月 日	令和 年 月 日	
	昭・平・令	男・女		令和		都 道 府 県	有・無	令和 年 月 日	令和 年 月 日	
	昭・平・令	男・女		令和		都 道 府 県	有・無	令和 年 月 日	令和 年 月 日	

※健保記入欄

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者	氏 名	
	住 所	〒
	電話番号	

MBK連合健康保険組合 理事長 殿

受 付 日 付 印

任意継続被保険者

健康保険被扶養者(減少)届決定通知書

任 継	被保険者記号
	9 0 0

副

被保険者自ら署名する場合には押印は不要です
提出日：異動を生じた日から五日以内

被保険者欄	被保険者証番号					被保険者の氏名					性別	男・女	被保険者の生年月日	昭和		年		月		日生
	被保険者の資格取得年月日	令和		年		月		日	この届を出す際の被保険者の報酬月額		千円	この届が受理された後の被扶養者数		名	この届が受理される前の被扶養者数		名			

氏名	生年月日	性別	続柄	扶養をしなくなった年月日	理由	住所地 <small>理由で「後期高齢」 「その他」の方は記入。</small>	被扶養者証の添付の有無及び回収年月日	※除外年月日							
								令和	年	月	日				
フリガナ	昭・平・令	男・女		令和		都道府県	有・無	令和	年	月	日	令和	年	月	日
	昭・平・令	男・女		令和		都道府県	有・無	令和	年	月	日	令和	年	月	日
	昭・平・令	男・女		令和		都道府県	有・無	令和	年	月	日	令和	年	月	日
	昭・平・令	男・女		令和		都道府県	有・無	令和	年	月	日	令和	年	月	日

※健保記入欄

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。

MBK連合健康保険組合 理事長

被保険者	氏名	
	住所	〒
	電話番号	

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
