正

健康保険被扶養者(異動)届

事	業用	忻番	号

	事業所名	1 1			ENEOSグル	/一プ健康保隆	険組合			
被保険者(申請者) ※(提出日) 令和 年 月	事業主	マネーシャー	担当	者 — →	常務理事事務	長 担当	者台	帳 個人番号	回収状況 □ 被保険者証 □ 資格確認書	資格確認書 (発行の有無) 有・無
177日 - イン	報をENEOSグループ健康保険系	L L L L L L L L L L	ついて、この届出により承 取扱い、利用品が答が言	────── 諾いたします。 ぷぬられており、米芸想報に8	ルーで終期、利用ハナルナナ	l.		l	<u> </u>	
※ 1. 認定 3. 同 理由 2. 削除 4. 別 ※ (会社)	月日 → 別居 5. 別居 · 月日 → 別居 · 月日 → 同居 6. その	→別居 🖁	以放い、利用日的寺が及	(課・Gr)	りつく言葉・利用いたとより。	険	=	ロ・平成・令和	年	月 日
所属						者	現住所			
※ 被	性別	※ 生 (Oで囲む)	年月日②	** 年齢	* 続柄 ③	4	*	【	助	量 由 ⑥
<i>x y y y</i>	男・女	昭和 平成 令和	年 月 				令和 年	<u>月</u> 	E I	
* 個 人 番 号 (マイナンバー)	□ 提出拒否 (※該当する場合はレを記入)			_			-			
* 住民票住所	T –	1		,					□ 3	認書発行要否 を行が必要 「る場合はレを記
※ 現住所 ※同居の場合は記入不要	** 同居 ・ 別居 ⑦	T –								下記、理由欄より 必ず選択ください.
	男・女	昭和 平成 令和	年 月 	日			令和 年	月	日	
* 個 人 番 号 (マイナンバー)	□ 提出拒否 (※該当する場合はレを記入)			_			-			
* 住民票住所	T -	1						1	□ 3	認書発行要否 そ行が必要 トる場合はレを記
※ 現住所 ※同居の場合は記入不要	※ 同居 ・ 別居 ⑦	-								下記、理由欄より 必ず選択ください
	資格確認書 発行の理由	2 : マイナ保 3 : マイナン	バーカードを紛失した 険証による受診には バーカードの更新手 バーカードを作ってし	t第三者(介助者など)(続き中のため	のサポートが必要なため	6 : マイナ		ているが、健康保険 証明書の有効期限。 したため		いないため
【注意图	事項】 記入例を参考に ※ 日	1欄のみ記入してくだ	ざい、(発生理由は)	該当番号に○を記入)	【下記にあたる場合は、削	除の対象となります】	1			

(「6. その他」は、3~5に該当しない場合(被扶養者の登録住所の変更等))

①被扶養者氏名のフリガナは、姓と名の間にスペースを空け、かかかで左詰めに記入してください。

②年月日は左のゼロも記入してください。

③続柄は妻、長男、養子、孫、養母、妹、弟など詳しく記入してください。

④職業は、パート・アルバイト・学生(学年を記入)等と記入してください。

⑤収入月額には給与収入・年金収入・家賃収入等の他、失業給付や傷病手当金等も含まれます。

⑤理由は、結婚・出生・失業・死亡・離婚・就職等の事実を具体的に記入してください。

⑦別居の場合は、別居先住所を記入して下さい。同居の場合は現住所欄の記入は不要です。

・配偶者が扶養となっていない場合は、配偶者の源泉徴収票等の収入がわかるもの。

・被扶養者が海外に異動する場合は、査証・被保険者の海外赴任辞令・学生証等、海外異動がわかるもの。

(注) 被保険者証・資格確認書を必ず添付してください。

・被保険者または、被扶養者として他健保へ加入したとき

- ・年収が被保険者の2分の1を超えたとき
- ・1ヶ月の収入が恒久的に10万8千333円を超えた場合。(60歳以上および障害年金受給者は15万円)
- ・1ヶ月の収入が10万8千円を超え、年間130万円(60歳以上および障害年金受給者は
- 月額15万円、年間180万円)を超過する見込みになったとき ・給付日額3,612円以上(60歳以上および障害年金受給者は5,000円以上)の雇用保険を
- ・同居(同一世帯で生計を維持)が認定条件の方が別居(ごなったとき。別居で未送金等、 被保険者の収入を主として生計維持しなくなったとき

資格確認印

ζケΠ	_
4証目	ш
وإسرا	

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提起することができます)

副

健康保険被扶養者(異動)決定通知書

事業所番号						

被保険者(申請者)

※(提出日)

令和 年 月 日

審査の結果、下記のとおり (認定・削除・不認定) としましたので通知いたします。

私(申請者)は、適用業務に必要な個人情報をENEOSグループ健康保険組合が使用することについて、この届出により承諾いた	します。		
埋田 (合分) (合分)	にており、当該規程に則って管理・利用いたします。 ※ 番 号 (課・Gr)	哈	平成・令和 年 月 日
所属 (季葉所)	(b) CI	者 現住所 〒	
※ 被扶養者の氏名 * ※ プリガナ ① 性別 生 年 月 日 ② ※ 漢字氏名	年齢 続柄 ③ 職業	<u> </u>	天養 者 ** 削除・異動 理由⑥ 月日②
田和 年 月 男・女 平成	B		月
※ 個 人 番 号 □ 提出拒否 (マイナンバー) は(※該当する場合はレを記入)	1 - ////		
住民票住所 —			<u>資格確認書発行要否</u> □ 発行が必要 (※該当する場合はしを記入)
** 現住所 **同居の場合は記入不要 同居・別居⑦			下記、理由欄より 必ず選択ください.
田和 年 月 月 月 日 日 日 日 日 日 日	B		月 日
** 個 人 番 号 □ 提出拒否 (マイナンバー) (**族当する場合ほどを組み)	1 - ///		
※			<u>資格確認書発行要否</u> □ 発行が必要 (※該当する場合はレを記入)
** 現住所 **同居の場合は記入不要 同居・別居⑦ 一			下記、理由欄より 必ず選択ください.
* この通知書の確認および決定に不服がある時は、処分のあったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に文書または 頭で社会保険審査官(地方厚生(支)局内)に審査請求できます。また、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求または 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か月以内に文書または口頭で社会保険審査を 生労省内)に対して行うことができ、処分取消しの訴えは、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) 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、決定または裁決の日から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。)	 処分 2. 1ヶ月の収入が恒久的に108,33円) 会(厚 3. 給付日額3,612円以上(60歳以が 4. 同居(同一世帯で生計を維持) 5. 夫婦共同扶養による扶養認定 6. その他 (本会) 	よ人の2分の1を超えていたため。 33円を超えていたため。(60歳以上の方、 上の方、障害年金受給者は5,000円以上) が認定条件を満たしていないため。 において、配偶者の収入の方が多いと判	の給付を受給のため。 断したため。
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さけるため緊急の必	中が	OSグループ健康保険組合	<u> </u>

(045-414-8425)

<公印省略>