

健保組合直送厳禁

健康保険 扶養家族増届 (正)

正・副各1部 提出

※ 添付書類が必要となりますので 当健保組合HPの「被扶養者認定基準」の

「別表1」をご確認
(※1) 個人番号(マイナンバーが付与され使用)を必ずご提出ください。

【添付書類】

増の理由により異なりますので、『被扶養者認定基準』別表1をご確認ください。

勤務	電話	03-3999-1000	担当者	CPU処理
	ITB内線	300-4019		

被保険者証記号 (最大4ケタ)	被保険者証番号 (最大6ケタ)	所属 個 所	被 保 険 者 氏 名	勤務	電話	03-3999-1000	担当者	CPU処理
5000	123456	(株)JT	個人番号(マイナンバー)を必ず記入してください。		ITB内線	300-4019		

該当に○印を付け、
その他の場合は理由をお書きください。

妻・長男・二女・養子・内縁の妻等、具体的に記入してください。		(※1)個人番号記入欄 (マイナンバー)		増の理由		健保記入欄	
姓	名	性 別	生 年 月 日	続 柄 (妻・長男・二男等)	増の理由	続柄 コード	認定年月日
ケンボ	カズエ	男	昭・平・令 0 1 0 8 0 5	二女	結婚・出生・離婚 退職・収入減 その他()		
健保	和恵	女					資格確認書 発行要否 <input checked="" type="checkbox"/>
同居・別居の別 (該当を○で囲む)	同居	別居	住所	〒1400002 東京都品川区東品川1丁目2番地3号			

妻・長男・二女・養子・内縁の妻等、具体的に記入してください。

(※1)個人番号記入欄
(マイナンバー)

該当に○印を付け、
その他の場合は理由をお書きください。

結婚・出生・離婚
退職・収入減
その他()

資格確認書
発行要否

住民票上の住所を記入してください。(丁目・番地・号・大字等の省略不可)

被扶養者氏名(漢字9文字以内)	姓	生 年 月 日	続 柄	(※1)個人番号記入欄 (マイナンバー)	増の理由	続柄 コード	認定年月日
フリガナ	フリガナ	性 別	元 号	年 月 日			
フ	リ	男・女	昭・平・令				

※ 下記の交付対象者のみ、レ点を付けてください。

【交付対象者】

- A マイナンバーカードを紛失した・更新中の方
- B 介助者などの第三者が本人に同行して資格確認の補助をする必要がある方
- C マイナンバーカードを取得していない方
- D マイナンバーカードを取得しているが健康保険証利用登録を行っていない方
- E マイナ保険証の利用登録解除を申請した方
- F マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れた方
- G マイナンバーカードを返納した方

同居・別居の別 (該当を○で囲む)	同居	別居	住所	〒				
被扶養者氏名(漢字9文字以内)	姓	生 年 月 日	続 柄	(※1)個人番号記入欄 (マイナンバー)	増の理由	続柄 コード	認定年月日	
フリガナ	フリガナ	性 別	元 号	年 月 日				
フ	リ	男・女	昭・平・令					

※ 下記の交付対象者のみ、レ点を付けてください。

【交付対象者】

- A マイナンバーカードを紛失した・更新中の方
- B 介助者などの第三者が本人に同行して資格確認の補助をする必要がある方
- C マイナンバーカードを取得していない方
- D マイナンバーカードを取得しているが健康保険証利用登録を行っていない方
- E マイナ保険証の利用登録解除を申請した方
- F マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れた方
- G マイナンバーカードを返納した方

この欄は事業主が記入してください。
(出向者は、出向元の事業所となります)

日付の記入漏れにご注意ください。

同居・別居の別 (該当を○で囲む)	同居	別居	住所	〒				
被扶養者氏名(漢字9文字以内)	姓	生 年 月 日	続 柄	(※1)個人番号記入欄 (マイナンバー)	増の理由	続柄 コード	認定年月日	
フリガナ	フリガナ	性 別	元 号	年 月 日				
フ	リ	男・女	昭・平・令					

この欄は事業主が記入してください。
(出向者は、出向元の事業所となります)

日付の記入漏れにご注意ください。

《 注意事項 》

- この届では被扶養者に異動(増)が生じたときに、5日以内に各社総務にご提出ください。
- 「氏名」は、住民票に登録されているものと同じ氏名を記入してください。

令和 1年 8月 10日

ジェイティービー健康保険組合 心と体の健康づくりを応援します

事業所名称	(株)JT		
住所・電話	東京都品川区東品川2-3-11, JTビル4階 TEL:03-5796-5903		
事業主氏名	代表取締役	〇〇	〇〇
担当者氏名	総務部	〇〇	〇〇
JTB内線	内線 : 4000		

受付印

ア、この通知書のことでわからないことがあるときは当健康保険組合へお尋ねください。施行日(平成28年4月1日)以降に決定した処分に不服があるときは、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り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。(但し、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提起することができます。イ、この通知書を受け取ったら、速やかに確認された資格取得年月日及び決定された標準報酬を、それぞれの被保険者に通知してください。