

正

事業所記号												常務理事	事務長	課長	係長	係
被保険者番号																
被保険者	(フリガナ) 住所 〒 -		事業所	所在地				この届を出す際の標準報酬月額		千円						
	(フリガナ) 氏名			名称												
被扶養者欄	(フリガナ) (氏)		生年月日		性別	続柄	被扶養者でなくなった日	削除の理由								
			昭.5 平.7 令.9		男 1 女 2		令和 年 月 日	1.就職したため(他の被保険者資格を得たため) 2.基準の年間収入を超過したため 3.他の被扶養者になったため 4.その他()								
被扶養者欄	(フリガナ) (氏)		生年月日		性別	続柄	被扶養者でなくなった日	削除の理由								
			昭.5 平.7 令.9		男 1 女 2		令和 年 月 日	1.就職したため(他の被保険者資格を得たため) 2.基準の年間収入を超過したため 3.他の被扶養者になったため 4.その他()								
被扶養者欄	(フリガナ) (氏)		生年月日		性別	続柄	被扶養者でなくなった日	削除の理由								
			昭.5 平.7 令.9		男 1 女 2		令和 年 月 日	1.就職したため(他の被保険者資格を得たため) 2.基準の年間収入を超過したため 3.他の被扶養者になったため 4.その他()								

令和 年 月 日提出

(必ずご記入ください。)

※事業主様(被保険者様)へ
被扶養者でなくなった日以降は服装健康保険組合員の資格を喪失しますので、
医療機関での保険診療や調剤薬局での保険調剤は受けられない旨を被保険者
(被扶養者を含む)にご説明ください。

社会保険労務士記載欄

受付日付印

服装健康保険組合
(R8.6)

副

事業所記号											
被保険者番号											
被保険者	(フリガナ) 住所 〒 -		事業所	所在地			この届を 出す際の 標準報酬月額	千円			
	(フリガナ) 氏名			名称							
被扶養者欄	(フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	性別	続柄	被扶養者でなくなった日	削除の理由				
			昭.5 平.7 令.9	男 1 女 2		令和 年 月 日	1.就職したため(他の被保険者資格を得たため) 2.基準の年間収入を超過したため 3.他の被扶養者になったため 4.その他()				
被扶養者欄	(フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	性別	続柄	被扶養者でなくなった日	削除の理由				
			昭.5 平.7 令.9	男 1 女 2		令和 年 月 日	1.就職したため(他の被保険者資格を得たため) 2.基準の年間収入を超過したため 3.他の被扶養者になったため 4.その他()				
被扶養者欄	(フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	性別	続柄	被扶養者でなくなった日	削除の理由				
			昭.5 平.7 令.9	男 1 女 2		令和 年 月 日	1.就職したため(他の被保険者資格を得たため) 2.基準の年間収入を超過したため 3.他の被扶養者になったため 4.その他()				

※事業主様(被保険者様)へ
被扶養者でなくなった日以降は服装健康保険組合員の資格を喪失しますので、
医療機関での保険診療や調剤薬局での保険調剤は受けられない旨を被保険者
(被扶養者を含む)にご説明ください。

令和 年 月 日提出

うえのとおり決定しましたから通知します。

服 装 健 康 保 険 組 合 理 事 長

この通知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。
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提起することができます。

服 装 健 康 保 険 組 合
(R8.6)

記入上の注意について

正、副それぞれ作成し、2部とも当組合に提出して下さい。事務処理が完了しましたら副に確認印を押印の上、返送いたします。

1. 被保険者等記号・番号の欄には、お手元の資格情報のお知らせ又は資格確認書に記載されている記号を上欄に、番号を下欄にご記入ください。
2. 被保険者住所・氏名欄の住所は、住民票の住所をご記入ください。
なお、住民票の住所と現在住んでいる住所が相違している場合、住民票の住所と現在住んでいる住所を二段書きにしてください。
3. お勤め先の事業所所在地及び名称をご記入ください。ただし、事業所所在地については本社の所在地をご記入ください。
4. この届出を提出する時点の標準報酬月額をご記入ください。ご不明な場合は事業所のご担当者様にご確認ください。
5. 被扶養者欄については、被扶養者から削除する方の情報を記入してください。
6. 続柄欄について、「妻」「子」「父」「義母」「弟」など詳しくご記入ください。
7. 被扶養者でなくなった日については、就職して被扶養者でなくなった場合は就職年月日、パート等で勤めていたが雇用契約が変更になり収入が被扶養者の範囲を超えてしまった場合は雇用契約の変更になった年月日、離婚により被扶養者でなくなった場合は離婚年月日、死亡の場合は死亡年月日の翌日などの日付をご記入ください。
8. 削除の理由については、該当する理由の番号に○を付け、その他の場合は理由を具体的に記入してください。