

## 被扶養者異動届(認定申請用)

記入例

|                       |                      |         |    |         |                              |   |   |   |   |      |    |   |   |
|-----------------------|----------------------|---------|----|---------|------------------------------|---|---|---|---|------|----|---|---|
| 被保険者等の                | 記号                   | 21      | 番号 | 1234567 | 記号・番号がわからない場合は被保険者のマイナンバーを記入 |   |   |   |   |      |    |   |   |
| 被保険者の氏名               | ふりがな                 | あじの たろう |    |         |                              |   |   |   |   |      |    |   |   |
|                       |                      | 味野 太郎   |    |         |                              |   |   |   |   |      |    |   |   |
| 被保険者の住所<br>(住民票登録の住所) | 〒                    | 2       | 1  | 1       | ー                            | 0 | 0 | 0 | 0 | 神奈川県 | 川崎 | 市 | 区 |
|                       | 中原区△△町 1-2-3         |         |    |         |                              |   |   |   |   |      |    |   |   |
|                       | 電話 044 - 0000 - 0000 |         |    |         |                              |   |   |   |   |      |    |   |   |

## 【異動事項】

|                         |       |        |                  |                                |   |   |   |   |   |      |    |   |   |
|-------------------------|-------|--------|------------------|--------------------------------|---|---|---|---|---|------|----|---|---|
| 申請する家族の氏名               | ふりがな  | あじのはなこ | 生年月日             | 昭和<br>平成<br>令和                 | X | X | 1 | 2 | 0 | 6    |    |   |   |
| 個人番号<br>(マイナンバー)        |       |        | 認定<br>年月日        | 令和                             | △ | △ | 1 | 0 | 0 | 1    |    |   |   |
| 続柄                      | 妻     |        | 各確認書<br>行要否      | <input type="checkbox"/> 発行が必要 |   |   |   |   |   |      |    |   |   |
| 居住区分                    | 同居・別居 | ⇒      | 世帯のため c. 進学による ) |                                |   |   |   |   |   |      |    |   |   |
| 申請する家族の住所<br>(住民票登録の住所) | 〒     |        |                  |                                |   |   |   |   |   | 神奈川県 | 市  | 区 |   |
|                         | 同上    |        |                  |                                |   |   |   |   |   |      | 電話 | - | - |

## 【被扶養者認定申請に関する誓約】

今回申請する認定対象者については、私が主たる生計維持者であり、申請の内容に虚偽がないことを誓約致します。

なお、申請後または認定後に私との生計維持関係に変更が生じ、主として私が生計を維持する実態がなくなった

場合は、速やかにその旨を健康保険組合に届出て、被扶養者資格の削除手続きを致します。

被保険者氏名 味野 太郎

## 【届出の際の注意事項】

\* 被扶養者の認定申請を届け出る際は、「扶養認定対象者現況届」と該当する添付書類を、各事業所の担当窓口へ届出てください。

\* 申請の内容が虚偽であることが発覚した場合は、発覚した時点で認定を取り消すことがあります。

|        |                       |     |                                                                                                    |          |
|--------|-----------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 事業主証明欄 | 事業所所在地                | 〒   | ー                                                                                                  | 申請受付日    |
|        | 事業所名称                 |     |                                                                                                    | 令和 年 月 日 |
|        | 事業主氏名                 |     |                                                                                                    |          |
|        | 電話                    | ( ) | ー                                                                                                  |          |
|        | 事業主が確認した場合に○で囲んでください。 | 確認  | この届出(現況届を含む)については、①又は②の要件を満たしたものである。<br>①申請者(被保険者)本人が作成したものである。<br>②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認したものである。 |          |

社会保険労務士の

受付印

|      |     |   |  |  |
|------|-----|---|--|--|
| 常務理事 | 事務長 | 係 |  |  |
|      |     |   |  |  |