

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 (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 あじのはるこ										生年月日	昭和	X	X	0	2	0	6	
	味野 春子																		
個人番号 (マイナンバー)											認定年月日	令和	△	△	1	0	1	0	
続柄	母										資格確認書 発行要否	☐ 発行が必要							
居住区分	同居・別居										b. 別世帯のため c. 進学による								
申請する家族の住所 (住民票登録の住所)	〒				ー						都道府県					市区郡			
	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。 ①申請者(被保険者)本人が作成したものである。 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
提出代行者名記載欄

受付印

常務理事	事務長	係		