

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 郡
	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 ももこ										生年月日	昭和		年		月		日			
	味野 桃子											平成									
個人番号 (マイナンバー)											認定年月日	令和		年		月		日			
続柄	子										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 〒 -										申請受付日										
	事業所名称										令和 年 月 日										
	事業主氏名																				
	電話 () -																				
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		