

味の素健康保険組合 御中

被扶養者異動届(認定申請用)

| | | | | |
|-----------------------|--------|--|----|------|
| 被保険者証の | 記号 | | 番号 | |
| 被保険者の氏名 | ふりがな | | | |
| 被保険者の住所 (住民票登録の住所) | 〒 | | | 都道府県 |
| | | | | 市区郡 |
| | 電話 - - | | | |

【異動事項】

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|-------|--|--|----|-----|--|--|-------|----|---|---|---|--|--|--|---------------------------|------|----------------|---|---|---|
| 申請する家族の氏名 | ふりがな | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 (マイナンバー) | | | | | | | | | | | | | | | | マイナンバーは事業所より届出いただくため、記載不要 | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 続柄 | | | | 性別 | 男・女 | | | 認定年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | |
| 居住区分 | 同居・別居 | | ⇒ 別居の理由： a. 単身赴任のため b. 別世帯のため c. 進学による d. その他() | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請する家族の住所 (住民票登録の住所) | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | 都道府県 | 市区郡 | 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



【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。

| | | | | |
|------|-----|---|--|-------|
| 常務理事 | 事務長 | 係 | | 事業所担当 |
| | | | | |

受 付 印