様式　T-1-1

味の素健康保険組合　御中

被扶養者異動届（認定申請用）

記入例

被保険者証の	記号	21	番号	1234567

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 － 0 0 0 0　神奈川（都道府県）　川崎（市区郡） 中原区△△町　1-2-3 電話　044 － 000 － 0000

【異動事項】

申請する家族の氏名	ふりがな　あじの　はなこ 味野　花子 事業所より届出いただくため、マイナンバーの記載は不要です。												
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	0	0	年	1	2	月	0	6	日	
続柄	妻	性別	男 ・ （女）	認定年月日	令和	△	△	年	1	0	月	1	0	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 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　味野 印

【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