

被扶養者異動届

☑ 認定 □ 取消 □ 変更・訂正

Table with columns: 常務理事, 事務長, 係長, 担当

令和 2 年 11 月 4 日提出

※認定にあたっては、本紙記載の誓約事項に同意のうえ、被保険者氏名については自署に

「認定」に☑を付けてください。

被保険者情報欄: 被保険者証(記号, 番号, 枝番), フリガナ(キョウカイ, マサオ), 生年月日(昭和5, 平成7), 性別(男1, 女2), 所属施設(医療センター), 配偶者情報(配偶者有無, 収入, 被保険者証番号, 氏名)

枝番号は、令和3年3月以前の申請においては、記載不要です。

配偶者(20歳以上60歳未満)については、別に「国民年金第3号被保険者関係届」の提出が必要です。

認定(取消)を受けようとする者欄: 氏名, 生年月日・年齢, 性別, 年間収入, 職業, 現住所, 住民票住所, 被扶養者の要件, 認定理由, 喪失証明書の発行, 判定, 保険証回収区分

申請者において個人番号を記入してください。

現住所と住民票住所が異なる場合は、二段に双方を記入してください。

要件を備えるに至った理由と資格取得日
取得理由: 被扶養者となった日(認定日)
被保険者の入職: 入職日
出生: 出生日
結婚: 入籍日
同居: 同居開始日
扶養替え(生計維持者の死亡等): 他保における資格喪失日
離職: 離職日(退職日)の翌日
収入減: 雇用契約書等にて収入減が確認できた日(収入減と認められる日)
養子縁組: 養子縁組をした日
親権者変更: 届出日の翌日

事務所所在地, 事務所名称(公益社団法人地域医療振興協会), 事業主氏名, 電話(9999)

認定時の誓約事項
(1) 本申請に虚偽がないこと。
(2) 上記(1)の届出を怠り、返還を求めた場合においても、
(3) 認定後、組合が扶養事実の
○その他留意事項
1. 年間収入見込額は、その者の恒常
2. 配偶者(20歳以上60歳未満)を扶
3. 扶養を取り消す場合は、必ず被保険者証を添付してください。

こと。
済み給付のすべての
組合受付印

被扶養者異動届

□ 認定 取消 □ 変更・訂正

「取消」に☑を付けてください。

Table with columns: 常務理事, 事務長, 係長, 担当

令和 2 年 12 月 4 日提出

↓認定にあたっては、本紙記載の誓約事項に同意のうえ、被保険者氏名については自署にて記入してください。

被保険者情報欄: 被保険者証(記号, 番号, 枝番), フリガナ(キョウカイ, マサオ), 生年月日(昭和5, 平成7), 性別(男1, 女2), 所属施設(医療センター), 現住所(東京都, 江東区), 電話番号(9999, 9999, 9999)

認定(取消)を受けようとする者(氏名, 生年月日, 性別, 婚姻状況, 収入, 理由) and 被扶養者の要件(見込額, 資格喪失理由) sections.

事務所所在地, 事務所名称(公益社団法人地域医療振興協会), 事業主氏名, 電話(9999, 9999, 9999)

認定時の誓約事項(1. 虚偽がないこと, 2. 虚偽が判明した場合は, 3. 認定後, 組合が扶養事実の確認調査のための書類提出を求めた場合には), その他留意事項, 組合受付印

被扶養者異動届

認定 取消 変更・訂正

Table with columns: 常務理事, 事務長, 係長, 担当

令和 2 年 11 月 4 日提出

認定にあたっては、本紙記載の誓約事項に同意のうえ、被保険者氏名については自署にて記入してください。

「変更・訂正」に☑を付けてください。

被保険者情報入力欄: 被保険者証(記号, 番号, 枝番), フリガナ(キョウカイ, マサオ), 生年月日(昭和5, 平成7), 性別(男1, 女2), 所属施設(医療センター), 現住所(東京都江東区潮見9丁目9-9), 電話番号(9999-9999)

認定(取消)を受けようとする者(子)の個人番号, 生年月日, 性別, 職業(大学生), 現住所(埼玉県所沢市9丁目9-9), 被扶養者の要件, 認定理由(入職), 喪失証明書の発行

事務所所在地, 事務所名称(公益社団法人地域医療振興協会), 事業主氏名, 電話(9999-9999)

認定時の誓約事項: (1) 本申請に虚偽がないこと... (2) 上記(1)の届出を怠り... (3) 認定後、組合が扶養事実の確認調査のための書類提出を求めた場合には、速やかに調査に協力すること。

組合受付印