

必ず両面印刷でご用意ください。

申出書（被扶養者異動届等提出の遅延）

事業所名以外は、すべて被保険者にて自署ください。

1 扶養認定対象者

(1) 氏 名	_____
(2) 申告する認定開始日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
(3) 異動届等の事業所への提出日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

2 異動届等の提出（認定事実発生日から5日以内）が遅れた理由

（該当理由にチェック（☒）と必要事項を記載してください。（複数回答可））

- ☐ 健康保険制度をよく知らなかった
- ☐ 事務担当者の説明が不十分だった
- ☐ 単に届出を失念していた
- ☐ 業務が多忙だった
- ☐ 扶養要件を確認するための附属書類の入手に時間を要した

入手に時間を要した附属書類 _____

「入手に時間を要した理由と原因」を詳細に記載してください。（別紙添付可）

理由

原因

裏面も記入してください→→→

- ☐ その他、上記以外のやむを得ない理由があった

「やむを得ない理由と原因」を詳細に記載してください。（別紙添付可）

理由

原因

- 3 上記1の被扶養認定対象者の認定にあたり以下の事項を誓約してください。

（内容にご同意のうえ、すべてにチェック（☒）してください。）

- ☐ 本遅延理由書に記載の内容確認のため、組合から追加の資料等の提出を求められた場合には、速やかに応じること
- ☐ 上記1の扶養認定対象者の審査にあたり、本件遅延理由書の事情を慎重に考慮のうえ下した当組合の判断を尊重し、一切異議を申し立てないこと

令和 年 月 日

地域医療振興協会健康保険組合

理事長 小池 宏明 殿

以上について、申立ていたします。

事業所名

記号・番号

被保険者氏名