

# 被扶養者資格確認調書（異動届）

常務理事	部長	課長	係長	係

記 号

事業所名

平成 年 月 日現在

番号	被 保 険 者 氏 名	生年月日	性別	資格取得年月日
	( ) (印)	年 月 日	男	年 月 日
被保険者	〒			
住 所	※住所を変更された方は、二重線で消して、正しい住所を記入してください。厚生年金は別途届出が必要です。			

◇ 資格確認の対象者・・・平成29年10月10日現在加入中の被扶養者です。ただし、平成29年4月1日以降に認定された方と、平成29年度中に75歳になる方は、今年度は対象外となります。そのため対象外の方の氏名等は、印刷しておりません。

◇ 提出していただく書類

① 被扶養者資格確認調書(異動届) ※捺印をお願いします

② 被扶養者資格確認現況書(配布された方のみ) ※捺印をお願いします

③ 添付書類

資格確認の対象者の方は、「被扶養者の続柄別添付書類一覧表」(平成29年度検認用)の書類を添付してください。ただし、次の方については、添付書類は必要ありません。

- ・子のうち、生まれた日が平成11年4月2日以降の方
- ・妻のうち、被保険者と同居している65歳未満(平成29年10月10日現在)の方

**被保険者ご本人が確認のうえ、提出してください。**

《この用紙の記入方法》

- ・左の太枠の中をご記入ください。
- ・「職業区分」欄には、被扶養者の職業にあてはまるものを左下の※職業区分から選んで数字を記入してください。
- ・「収入の種類」欄には、当てはまるものに○をつけてください。
- ・「被扶養者の月収」欄には、1ヶ月当りの平均額を記入してください。
- ・引き続き扶養をされるときは、「扶養の有無」欄の有を○で囲んでください。なお、就職等で扶養をしなくなったときは、無を○で囲み、理由および年月日を記入のうえ、**被保険者証を添付**してご提出ください。また、扶養をしなくなった日の確認できるもの(新しい保険証のコピー等)も添付してください。

◎この用紙と、「被扶養者資格確認 現況書」、及び「添付書類」は、平成30年1月15日までに、貴事業所担当者あてご提出ください。未提出または確認のとれない方は、削除させていただく場合があります。

被扶養者氏名	(年齢) 生年月日	性別	遠隔地	※職業区分 該当の数字を記入	収入の種類			被扶養者の月収	扶養の有無	扶養しなくなった理由	扶養しなくなった年月日
					給与	年金	その他				
( ) (昭利平成) 年月日					給与	円	有	就職・死亡・婚姻・その他 ( )	平成 年 月 日		
					年金	円	無				
					その他	円	無				
					給与	円	有	就職・死亡・婚姻・その他 ( )	平成 年 月 日		
					年金	円	無				
					その他	円	無				
					給与	円	有	就職・死亡・婚姻・その他 ( )	平成 年 月 日		
					年金	円	無				
					その他	円	無				
					給与	円	有	就職・死亡・婚姻・その他 ( )	平成 年 月 日		
					年金	円	無				
					その他	円	無				
					給与	円	有	就職・死亡・婚姻・その他 ( )	平成 年 月 日		
					年金	円	無				
					その他	円	無				

※職業区分		
1 会社員	4 無職	7 乳幼児
2 パート・アルバイト	5 自営業	8 その他
3 学生(小学生以上)	6 主婦	

※今回ご提出いただく証明書類については、被扶養者資格の再確認にのみ使用し、他に転用いたしません。また、「被扶養者資格確認調書(異動届)」等については、個人情報保護管理規定に基づき保管・廃棄いたします。

ご不明な点は、業務課適用係迄お問い合わせください。

TEL 03-3862-1055

この調書について事実と相違ないことを証明いたします	
事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主	(印)

東日本プラスチック健康保険組合 理事長 殿