

被扶養者資格確認調書（異動届）

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		年 月 日
被保険者住所	〒 <small>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。</small>			

被扶養者氏名	(年齢) 生年月日	性別	職業区分 該当の数字を記入	収入の有・無	同居・別居	扶養しなくなった理由 扶養しなくなった年月日
()	昭和 平成 () 年 月 日			有・無	同居・別居	就職・死亡・婚姻・その他 (平成 年 月 日)
				有・無	同居・別居	就職・死亡・婚姻・その他 (平成 年 月 日)
				有・無	同居・別居	就職・死亡・婚姻・その他 (平成 年 月 日)
				有・無	同居・別居	就職・死亡・婚姻・その他 (平成 年 月 日)
				有・無	同居・別居	就職・死亡・婚姻・その他 (平成 年 月 日)
別居している被扶養者住所	〒					

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程に基づき保管・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。

03 - 3862 - 1055

被扶養者の方の資格を再確認するものです。
下記の事項をご確認のうえ、提出期日までにご提出ください。

記

資格確認の対象者・・・平成30年10月10日現在加入中の被扶養者です。
ただし、平成30年4月1日以降に認定された方と、平成30年度中に75歳になる方は、対象外となります。そのため対象外の方の氏名等は、印刷してありません。
提出していただく書類
被扶養者資格確認調書(異動届) (注)捺印をお願いします
被扶養者現況書(配布された方のみ) + 添付書類
添付書類・・・「被扶養者現況書」のある方は、「被扶養者の統柄別添付書類一覧表」(平成30年度検認用)の書類を添付してください。

(提出にあたっての注意事項)

- ・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ご記入ください。
- ・就職等で扶養をしなくなったときは、理由及び年月日を記入の上、**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。
- ・上の 被扶養者現況書は必ずご記入ください。(配布された方のみ)

提出期日・・・平成31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。)

本年度の被扶養者資格の再確認より、マイナンバー制度を利用した「住民税情報」並びに「住民情報」の確認を当組合にて行います。(これにより「課税(非課税)証明書」・「住民票写」の添付を必要としなくなっております。)

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