

# 被扶養者資格確認調書（異動届）

常務理事	業務局長	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。厚生年金と基金は別途届出が必要です。			

※ 資格確認対象者・・・平成23年3月31日以前に認定された被扶養者  
(平成23年4月以降の認定の方は資格確認対象外です。記入の必要はありません)

※ 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(18歳以上の方) ・捺印をお願いします  
③ 添付書類(必要な方)

※ 添付書類が必要な方は、別居している被扶養者と同居している18歳以上の子(学生を除く)・夫・父母・兄・姉・弟・妹・甥・姪・義父母・叔父・叔母・孫・平成24年1月1日現在65歳以上の妻等です。

被保険者ご本人が確認のうえ、提出してください。

## 《資格確認調書の記入方法》

- ・「職業」欄には、被扶養者の職業にあてはまるものに○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。
- ・被保険者および被扶養者氏名欄の( )にフリガナのない方は'フリガナ、を記入してください。

◎確認調書及び現況書は、貴事業所担当者に平成24年1月10日までに  
ご提出ください。未提出または確認のとれないものは削除させていただきます。  
場合があります。

被扶養者氏名	(年齢) 生年月日	性別	遠隔地	職業に○をして 下 さ い 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
	年 月 日			1.パート・アルバイト 2.学生 3.年金・その他	有・無	就職・死亡・婚姻・その他 ( ) 平成 年 月 日
	年 月 日			1.パート・アルバイト 2.学生 3.年金・その他	有・無	就職・死亡・婚姻・その他 ( ) 平成 年 月 日
	年 月 日			1.パート・アルバイト 2.学生 3.年金・その他	有・無	就職・死亡・婚姻・その他 ( ) 平成 年 月 日
	年 月 日			1.パート・アルバイト 2.学生 3.年金・その他	有・無	就職・死亡・婚姻・その他 ( ) 平成 年 月 日
	年 月 日			1.パート・アルバイト 2.学生 3.年金・その他	有・無	就職・死亡・婚姻・その他 ( ) 平成 年 月 日

ご不明な点は、業務課適用係迄お問い合わせください。

TEL03-3862-1055

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