

被扶養者（認定・取消）申請書

令和 年 月 日 申請

確認欄 (チェック)	この申請については、①又は②の要件を満たしたものである。
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

被保険者証		事業所・所属	被保険者氏名	自宅郵便番号	自宅住所
記号	番号		(フリガナ) (氏名)	●●●●●●●● ●●●●●●●●	
			連絡先(勤務先)	()	

被扶養者氏名	性別	生年月日				年齢	続柄	職業	年間収入 見込み額	年金受給の有無	年金額	同居 別居	扶養開始または 終了年月日	下欄の①②③へ続く
		元号	年	月	日									
① (フリガナ) (氏名)	男	昭和							有・無	円	同	平成・令和	年 月 日	
	女	平成						円	個人番号 (マイナンバー)		別	年 月 日		
② (フリガナ) (氏名)	男	昭和							有・無	円	同	平成・令和	年 月 日	
	女	平成						円	個人番号 (マイナンバー)		別	年 月 日		
③ (フリガナ) (氏名)	男	昭和							有・無	円	同	平成・令和	年 月 日	
	女	平成						円	個人番号 (マイナンバー)		別	年 月 日		
扶養開始または終了の理由										※ 認定又は取消年月日		※ 認定又は取消事由 (記入不要 / 健保使用)		
①														
②														
③														

事業主の証明欄	令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 連絡先 ()
---------	---

健保組合処理欄	※決裁年月日 年 月 日 常務理事 事務長 審査 担当
---------	--------------------------------

健保受付日付印