

被保険者証の記号・番号を右詰め（頭0なし）で記入してください

原則として認定に係る事象が発生した時から向こう1年間の収入見込み額を記入してください

「認定」を○で囲んでください

「年金の受給の有無」について○で囲んでください

①・②を確認の上、確認欄□にレ点（チェック）を記入してください

ジェイティ健康保険組合 理事長 殿

被扶養者（**認定**）・取消）申請書

令和 9 9 年 9 9 月 9 9 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 checked="" 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) ケホ 知	9 9 9 9 9 9 9 9	— 〇〇県××市△△町9-9-9		
9 9 9 9 9 9 9 9 9 9		日本たばこ産業株式会社 ××支店 △△営業部	(氏名) 健 保 太 郎		連絡先(勤務先)	9 9 9 9 9 9) 9 9 9 9	

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
		元号	年	月	日								
① (フリガナ) ケホ ハコ (氏名) 健 保 幸 子	男 女	昭和 平成 令和	9 9	9 9	9 9	99	妻	無職	0 円	有・ 無	円	同	平成・令和 9 9 年 9 9 月 9 9 日
② (フリガナ) (氏名)	男 女	昭和 平成 令和							円	有・無	円		平成・令和 日
③ (フリガナ) (氏名)	男 女	昭和 平成 令和							円	有・無	円	同 別	平成・令和 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 任意継続被保険者資格取得申請をしたので、引き続き被扶養者として認定申請したいため。													
② 認定申請に至った理由(出生・婚姻など)を詳しく記入してください													③ 個人番号を記入してください

事業主の証明欄

令和 9 9 年 9 9 月 9 9 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

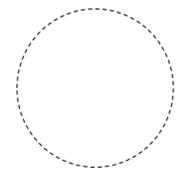
連絡先 ()

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



下欄の①②③へ続く