

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

原則として取消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

「取消」を○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

適3

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
<input checked="" type="checkbox"/>	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。

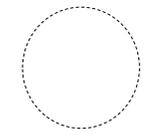
被保険者証 記号 番号		事業所・所属	被保険者氏名 (フリガナ) ケホ ハコ (氏名) 健 保 太 郎	自宅郵便番号 9 9 9 - 9 9 9 9 9	自 宅 住 所 〇〇県××市△△町9-9-9
9 9 9 9 9 9 9 9 9 9		日本たばこ産業株式会社 ××支店 △△営業部		連絡先(勤務先) 9	9 9 9 9 9 9 9 ) 9 9 9 9

被 扶 養 者	被扶養者氏名 (フリガナ) ケホ ハコ (氏名) 健 保 花 子	性別 男 女	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								
①		男	昭 和						有・無		同	平成・令和	
		女	平 成	9	9	9	子	0円	個人番号 (マイナンバー) 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9		別	9 9 年 9 9 月 9 9 日	
②		男	昭 和						有・無		同	平成・令和	
		女	平 成						個人番号 (マイナンバー)		別		
③		男	昭 和						有・無		同		
		女	平 成								別		
扶養開始または終了の理由													※ 認定又は取消事由（記入不要 / 健保使用）
①	被扶養者 健保 花子 が死亡（〇年〇月〇日）したため。												
②	取消申請に至った理由(就職・婚姻など)を詳しく記入してください												
③													

事業主の証明欄	事業所在地	令和 9 9 年 9 9 月 9 9 日
	事業所名称	
	事業主氏名	

健保組合処理	※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



- ・ 在職中の方は会社の証明が必要です(会社を経由して提出してください)  
(注)JTの方は、(株)JTビジネスコム 人事グループ社会保険担当 経由で提出してください
- ・ 任意継続被保険者の方は証明不要です(直接ジェイティ健康保険組合へ提出してください)