被保険者の 記号・番号を右詰め（枝番は不要）で記入してください

「取消」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

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　９９年９９月９９日 申請

＜認定申請される場合＞　マイナ保険証が使えない対象者 ： 資格確認書交付申請書の提出も必要です。
マイナ保険証が使える対象者 ： 資格確認書交付申請書の提出は不要です。
＜取消申請される場合＞　上記いずれの対応も不要です。

確認欄	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。
（チェック）☑	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 記号	被保険者証 番号	事業所・所属	被保険者氏名	被保険者郵便番号	被保険者住所
999	1234567	日本たばこ産業株式会社 ××支店 △△営	（フリガナ）ケンポ タロウ （氏名）健保 太郎	9879876	○○県××市△△町 1-2-3 ◇◇マンション201
				連絡先（勤務先）	999（88）7777

被扶養者	被扶養者氏名	性別	生年月日 元号	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
①	（フリガナ）ケンポ ハナコ （氏名）健保 花子	男 女	昭和 平成 令和	99	99	99	99	妻	無職	0 円	有・無	円	同 別	令和 99年99月99日
		住民票住所	〒								個人番号（マイナンバー） 0123456799999			
②	（フリガナ） （氏名）	男 女	昭和 平成 令和							円	有・無		同 別	令和
			〒								個人番号			
③										円	有・無	円	同 別	令和 年 月 日
		住民票住所									個人番号（マイナンバー）			

下欄の①②を続く

・住民票の住所（住民登録している住所）を記載してください
・マンション等の建物名も省略せずに記入してください
※マイナンバーと健保加入者の資格情報を連携（紐づけ）させるため、住民票住所が必要となります

【 死亡 】による取消申請の場合は「0円」と記入してください

「同居」「別居」について該当する方を○で囲んでください

扶養開始または終了の理由	※ 認定または取消年月日（健保使用欄）	※ 認定 または取消事由 （記入不要／健保使用欄）
① 被扶養者の 健保 花子が ○年○月○日に死亡したため。		
②		
③		

取消申請に至った理由を詳しく記入してください

個人番号（マイナンバー）を記入してください

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	常務理事	事務長	審査	担当
決裁 ① 令和　年　月　日				
決裁 ②				

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社員の方は、（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）

記入例：適３．被扶養者（認定・取消）申請書　※死亡による取消