

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	
			元号	年	月	日									
被 扶 養 者	① (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	下 欄 の ① ② ③ へ 続 く	
	② (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			
	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															
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 <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">常務理事</td> <td style="width: 25%;">事務長</td> <td style="width: 25%;">審査</td> <td style="width: 25%;">担当</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	常務理事	事務長	審査	担当				
常務理事	事務長	審査	担当						

健保受付日付印