

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、確認欄口にレ点(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 ハコ		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					有・無	円			
① (フリガナ) ケホ ハコ (氏名) 健 保 花 子	男 女	昭和 平成 令和	9 9	9 9	9 9	9 9	子	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	同	平成・令和	
③ (フリガナ) (氏名)	男 女	昭和 平成 令和							円	有・無	円	別	年 月 日	

「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 ※ 認定又は取消年月日 ※ 認定又は取消事由 (記入不要 / 健保使用)

① **子どもが産まれたため。**

②

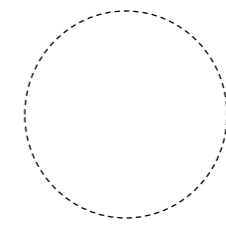
③ 認定申請に至った理由(出生・婚姻など)を詳しく記入してください

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



- ・ 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)