

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

被保険者証 記号 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	事業所・所属 日本たばこ産業株式会社 ××支店 △△営業部	被保険者氏名 (フリガナ) ケホ 知ウ (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 連絡先(勤務先) 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 女	生年月日				年齢	続柄 子	職業 会社員	年間収入見込み額 0円	年金受給の有無 有・無	年金額 円	同居別居 同 別	扶養開始または終了年月日 平成・令和 9 9 年 9 9 月 9 9 日
			元号	年	月	日								
①			昭和	9 9	9 9	9 9								
②			昭和											
③			昭和											
扶養開始または終了の理由														
①	〇年〇月〇日付けで就職したため													
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														

個人番号を記入してください

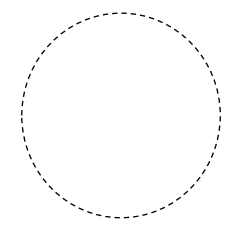
「同居別居」について該当する方を○で囲んでください

「年金の受給の有無」について○で囲んでください

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	

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)