被扶養者認定申請書 Application Form for Dependent Certification

常務理事 Managing Director	事務長 Office Manager	課長・リーダー Leader	担当者 In charge		

※太約	泉内に	ご記入ください。	/Complet	e the sections in b	old.							提出日/Date	submitted (Y/M/D): / /	
被保険者 Insured person	記力	号/Code	是/Code 番号/No. 氏名			氏名/Name				生年月日/Date of birth (Y/M/D) 年 月 日			会社名/Company	
	erson								/	/	Н			
	d 住戶	所/Address 〒/	Zip code									所属/ Section		
者,	Insu													
												(Tel.:)	
		氏名(上段:フリ	ガナ)	生年月日	左	F齢 性別	続柄	職業	住所		別居の場合の)住所	扶養し始めた年月日と事由	
	t to ion	Name (Upper row: I	Katakana)	Date of birth (Y/I	M/D) A	Age Gender	Relationship	Occupation	Address		Address if living	separately	Date (Y/M/D) he or she became dependent on you for his or her livelihood and event(s) leading thereto	
認定申請家族 Family member(s) subject to	ubjec ficat					男・女			同居・別居	₹				
	(s) si serti					M / F			Lives together/Lives separate					
	ber for o					男・女			同居・別居	₹				
	nem ion					M / F			Lives together/Lives separate					
	ily r licat					男・女			同居・別居	₹				
	Fam app					M/F			Lives together/Lives separate					
						男・女			同居・別居	₹				
			V: 14			M/F		/ >	Lives together/Lives separate		- //-			
				定を受けている者		member(s) curr				nily mem			erson and not certified as dependent(s)	
(0	â	氏名			続柄		氏名	続柄	氏名	_	生年月日	続柄	年収	
華 以 Wamily member(s) excluded from	o B	Name F		elationship Name		Relationship	Name	Da	te of birth (Y/M/D)	Relationship	Annual income			
	d fr atic												千円	
	ude plic												thousands of yen	
	xcl,												千円	
	E 0												thousands of yen	
													千円	
											-h	m ## D /h ## /C 2^	thousands of yen	
主: 1.	申請され	る家族の氏名は上の段に"フ	リガナ" を記	入してください。				apper row of the family member's na Chinese characters that cannot be			武	田楽品健康保険	組合/Takeda Health Insurance Society	

- 2. 表記できない氏名の漢字はカタカナ表記になります。
- 3. 漢字・アルファベット表記は15文字以内、フリガナ表記は25文字以内になります。
- 4. 武田薬品および任意継続の方は**宛先を記入した返信用封筒を同封し、**健康保険組合へ提出してください。
- 5. 武田薬品以外の事業所の方は会社の健保事務担当者へ提出してください。

- 3. The maximum numbers of characters to be displayed are 15 for Chinese characters and romaji and 25 for
- 4. If you are a Takeda Pharmaceutical Company Limited employee or Voluntarily and Continuously Insured Person, send this form to the Health Insurance Society with a self-addressed return envelope enclosed.
- 5. If you are an employee of an employer other than Takeda Pharmaceutical Company Limited, submit this form to the section of your company in charge of health insurance administration.

◎ 添付書類は健保ホームページ参照

健保のしくみ⇒家族を加入させるとき⇒被扶養者を認定申請するときの提出書類一覧表

See the Health Insurance Society website for documents to attach:

Health insurance system \Rightarrow Adding a family member \Rightarrow

<<List of documents required for dependent certification>>

		資格取得年月日		日	標準報酬月額	認定年月日		認定可否			認定入力
健保処eiety use		F	п		/c/c-(v17 □ /ds/55	<i>r</i> 0		T 7 0 1 1	`	チェック	証発行 証発送
	,	年	Я		等級 月額	年月	Ħ	可・否・その他()		失業給付受給案内発送 年金第 3 号書類発送
理欄 For So		[4] [4] [4] [5] [5] [6] [6] [6] [6] [6] [6] [6] [6] [6] [6									
				雇用保	険失業給付受給についての確認書・履)					