

記入例
Example of completed form

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

提出される日をご記入ください
Enter the date the form was submitted.

常務理事 Managing Director	事務長 Office Manager	課長・リーダー Leader	担当者 In charge
記入不要/Leave blank			

※太線内にご記入ください。/Complete the sections in bold.

任意継続の方は記入不要です
Not required for Voluntarily and Continuously Insured Persons

提出日/Date submitted (Y/M/D): XXXX / 11 / 1

被保険者 Insured person	記号/Code	番号/No.	氏名/Name	生年月日/Date of birth (Y/M/D)	会社名/Company
	10	103456	健保 太郎/Taro Kempo	XXXX / 10 / 3	〇〇薬品工業株式会社/ Pharmaceutical Company Limited
住所/Address 〒/Zip code 532-8686					所属/Section
大阪市淀川区十三本町2-17-85 Juso Homnachi, Yodogawa-ku, Osaka					△△工場 製造部〇〇グループ/ Group, Manufacturing Division, Plant (Tel.: 06-6233-1234)

認定申請家族 Family member(s) subject to application for certification	氏名 (上段: フリガナ) Name (Upper row: <i>Katakana</i>)	生年月日 Date of birth (Y/M/D)	年齢 Age	性別 Gender	続柄 Relationship	職業 Occupation	住所 Address	別居の場合の住所 Address if living separately	扶養し始めた年月日と事由 Date (Y/M/D) he or she became dependent on you for his or her livelihood and event(s) leading thereto
		ケンボ ケンタ 健保 健太/Kenta Kempo	XXXX . 10 . 20	0	男・女 M / F	二男 Second son	無職 None	同居・別居 Lives together/Lives separately	〒
	今回申請される方の氏名等をご記入ください Enter name(s) and other information concerning the subject(s) of this application.			男・女 M / F			同居・別居 Lives together/Lives separately	〒	
				男・女 M / F			同居・別居 Lives together/Lives separately	〒	
				男・女 M / F			同居・別居 Lives together/Lives separately	〒	

申請外家族 Family member(s) excluded from application	現在被扶養者の認定を受けている者/Family member(s) currently certified as dependent(s)				認定以外の同居家族/Family member(s) living together with insured person and not certified as dependent(s)			
	氏名 Name	続柄 Relationship	氏名 Name	続柄 Relationship	氏名 Name	生年月日 Date of birth (Y/M/D)	続柄 Relationship	年収 Annual income
	健保 桃子 Momoko Kempo	長女 Eldest daughter	健保 美里 Misato Kempo	妻 Wife	健保 美里 Misato Kempo	XXXX . 1 . 13	妻 Wife	3,000千円 3,000 thousands of yen
	健保 一郎 Ichiro Kempo	長男 Eldest son	現在、被扶養者になっている方をご記入ください。 Enter information on current dependents.		現在、同居されている被扶養者になっていない方をご記入ください。 Enter information on family member(s) currently living with you and who are not dependent(s).			

- 注: 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。
 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。

- Notes 1. Fill out *Katakana* at the upper row of the family member's name column.
 2. *Katakana* will be used for Chinese characters that cannot be displayed.
 3. The maximum numbers of characters to be displayed are 15 for Chinese characters and romaji and 25 for *katakana*.
 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.

武田薬品健康保険組合/Takeda Health Insurance Society
 ◎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 ⇒ Adding a family member ⇒
 <<List of documents required for dependent certification>>

健保処理欄 For Society use	記入不要 Leave blank			
	<p>雇用保険加入申請書(健康保険組合) 雇用保険加入申請書(健康保険組合) 雇用保険加入申請書(健康保険組合)</p>			