

記入例

被扶養者認定申請書

保険証上部に記載の記号・番号をご記入ください。
任意継続を新規取得する方は、記入しないでください。

提出される日をご記入ください。

当務理事 事務局長 課長・リーダー 担当者
記入不要

※太線内にご記入ください。

令和 ○○年 11月 1日 提出

| | | | | | |
|------|------------------------------|--------|-------|-----------------|---------------------------------------|
| 被保険者 | 記号 | 番号 | 氏名 | 生年月日 | 会社名 |
| | 10 | 103456 | 健保 太郎 | S・H・R 4年 10月 3日 | ○○薬品工業株式会社 |
| | 住所 〒 660-0000 尼崎市○○町××-△△ | | | | 所属：△△工場 製造部○○グループ TEL：06-6233-1234 |

任意継続の方は
記入不要です。

| 認定申請家族 | 氏名（上段：フリガナ） | 生年月日 | 年齢 | 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 |
|--------|-------------|------------------|---------------------|-----|----|----|---------|----------|--------------|
| | | ケンボ ケンタ 健保 健太 | S・H・R ○○. 10. 20 | 0 | 男 | 二男 | 無職 | 同居 〒 | 別居 〒 |
| | | S・H・R | | 男・女 | | | 同居 〒 | 別居 〒 | R |
| | | S・H・R | | 男・女 | | | 同居 〒 | 別居 〒 | R |
| | | | | 男・女 | | | 同居 〒 | 別居 〒 | R |

今回申請される方の氏名等
をご記入ください。

| 申請外家 | 現在被扶養者の認定を受けている者 | | | | 認定以外の同居家族 | | | |
|------|------------------|----|----|----|-----------|----------------|----|---------|
| | 氏名 | 続柄 | 氏名 | 続柄 | 氏名 | 生年月日 | 続柄 | 年収 |
| | 健保 桃子 | 長女 | | | 健保 美里 | S・H・R 8. 1. 13 | 妻 | 3,000千円 |
| | 健保 一郎 | 長男 | | | | | | 千円 |
| | | | | | | | | 千円 |

現在、被扶養者になっている
方をご記入ください。

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。

- 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。 武田薬品健康保険組合
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。 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。
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。 ◎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

| | | | | | |
|-------|--------------------------------|--------|-------|------|----|
| 健保処理欄 | 資格取得年月日 | 標準報酬月額 | 認定年月日 | 認定可否 | 備考 |
| | 記入不要 | | | | |
| | 送金実績・生計依存調書・在学証明・源泉徴収票・その他 () | | | | |