

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

社会保険労務士記載欄

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

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) 年 月 日 / /	提出日/Date submitted (Y/M/D): / /
	住所/Address	〒/Zip code	会社名/Company		所属/ Section (Tel.:)

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
	-----	-----			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	〒	-----
-----	-----			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
								千円 thousands of yen
								千円 thousands of yen
								千円 thousands of yen

- 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. 武田薬品の方は、SATO社会保険労務士法人福岡オフィス（宛先などは武田薬品健保ホームページに掲載）へ、武田薬品以外の方は各会社の健康保険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, send this form to the Fukuoka Office of SATO Social Insurance and Labor Attorney Corporation (refer to the Takeda Health Insurance Society website for the address and other details). 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	資格取得年月日	標準報酬月額	認定年月日	認定可否	チェック	認定入力
	年 月 日	等級 月額	年 月 日)		証(確認書・お知らせ)発行 証発送 失業給付受給案内発送
提出書類	母子手帳・出生一時金申請・住民票・戸籍謄本・離職票(1・2)・退職証明書・資格喪失証明書・給与明細書・雇用受給資格者証・所得証明書・育休証明・年金額証明・送金実績・生計依存関係調書・在学証明・源泉徴収票・雇用契約書・受理証明書・確定申告書・損益計算書(収支内訳書)・雇用保険失業給付受給についての確認書・雇用保険失業給付放棄についての確認書・その他()					