

記入例
Example of completed form

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

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

記入不要/Leave blank

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

※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 10 | 番号/No. 103456 | 氏名/Name 健保 太郎/Taro Kempo | 生年月日/Date of birth (Y/M/D) 年 月 日 XXXX / 10 / 3 | 会社名/Company 〇〇薬品工業株式会社/ Pharmaceutical Company Limited |
| | 住所/Address 〒/Zip code 532-8686 大阪市淀川区十三本町2-17-85 Juso Homnachi, Yodogawa-ku, Osaka | | | | 提出日/Date submitted (Y/M/D): XXXX / 11 / 1 所属/Section △△工場 製造部〇〇グループ/ Group Manufacturing Division Plant (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: Katakana) | 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 | 記入不要 Leave blank | | | |
| | 認定入力 | | | |