

受付年月日 年 月 日

常務理事	事務長	担当者

※ 健保組合 記載欄	認定	令和	年	月	日
	保留	令和	年	月	日
	不認定	令和	年	月	日

被扶養者認定申請書

令和 年 月 日

注：1から5までは認定対象の被扶養者について該当するところに○印および必要事項を記入してください。

被保険者記号・番号	
被保険者氏名	

1. 認定対象の被扶養者について

氏名	年齢	生年月日	続柄	住所	同居・別居
	歳 昭平令	年 月 日			

2. 上記の者の収入について（月額は年収額を12分の1にした額とすること）

給与などの勤労所得	有（月額 円）	無	収入額 計
年金・恩給などの受給	有（月額 円）	無	月額
配当・預貯金利子 不動産賃貸料収入など	有（月額 円）	無	円

3. 申請前の職業、勤務先などについて

職業	勤務先名	所在地	勤続年数
退職年月日	年 月 日	退職理由	

4. 加入していた社会保険について

種別	1.健康保険 2.国民健康保険 3.その他（ ）	加入年数（ 年）
	1.厚生年金 2.国民年金 3.その他（ ）	加入年数（ 年）

5. 居住している家について

1.被保険者の持家 2.被扶養者（ ）の持家 3.借家 4.その他（ ）
