

受付年月日 年 月 日

常務理事	事務長	担当者

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

被扶養者認定申請書

令和 元 年 5 月 7 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	1011-2568
被保険者氏名	健保 太郎

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	
健保 花子	35 歳	年 月 日 58 10 14	妻	東京都 〇〇区〇〇町4-7	同居 別居

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	0 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
会社員	〇△□ 株式会社	東京都 □△区 〇×町 1-8-7〇〇ビル	4
退職年月日	H31 年 4 月 30 日	退職理由	結婚のため

4. 加入していた社会保険について

種別	加入年数（年）
①健康保険 2.国民健康保険 3.その他（	4
①厚生年金 2.国民年金 3.その他（	4

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（ ）
