

所属長印		記入例

平成 29 年 5 月 8 日

不二サッシ健康保険組合 御中

健康保険被扶養者認定伺

この認定伺は、新たに被扶養者とし認定を受ける場合(新生児以外)に事前に必要事項を洩れなく記入して、該当する書類(別紙一覧表参照)を添付して事業所経由で提出して下さい。

健康保険組合で内容審査の上、認定の可否を決定通知します。
認定の連絡を受けた方は、被扶養者異動申請書に被保険者証を添付して提出して下さい。

事業所名	不二サッシ(株)	所属	管理本部〇〇部〇〇グループ (〒〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)
被保険者名	健保 太郎 (健保)	住所	〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇-〇
被保険者証記号・番号	0 1 2 3 4 5 6 7	生年月日	大・昭・平 8 年 5 月 5 日 (21才)

下記の通り健康保険組合の被扶養者として認定していただきたくお伺い致します。

1. 申請被扶養者氏名等

申請被扶養者氏名	続柄	生年月日	年齢	同居又は別居	申請時の健康保険加入の有無及種類
健保 康子	妻	明昭 8年 7月 3日	20 才	同・別	有 (国民健康保険) ・ 無
		明昭 年 月 日	才	同・別	有 () ・ 無
		明昭 年 月 日	才	同・別	有 () ・ 無
		明昭 年 月 日	才	同・別	有 () ・ 無
別居の場合の住所					
送金額	月額 円				
送金方法	銀行振込・郵便為替・現金書留・その他 ()				
(扶養に至った経緯を詳細に記入して下さい。)					
平成29年5月1日 結婚したため					

H29.04.10改訂

2. 申請被扶養者の申請直前の職業又は勤務先

勤務先会社名	不二物産(株)
同住所	〇〇市〇〇区〇〇町〇〇-〇〇 (〒 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)
退職又は廃業年月日	平成 29 年 3 月 31 日
退職又は廃業の理由	定年 ・ (その他) 結婚のため)

3. 申請被扶養者の収入の有無

有り ・ (無し)

種類	金額(月額)	種類	金額(月額)
勤労所得		自営業 ・ 農業	
雇用保険 (受給期限 年 月迄)		不動産収入	
年金 ・ 恩給		その他 ()	
傷病手当金 ・ 出産手当金		収入合計 (月額)	円

4. 家族構成 (被保険者から見た同居・別居を含む兄弟・姉妹全家族)

氏名	続柄	年齢	職業・勤務先	同居又は別居	扶養の有無	住所
健保 太郎	本人	21才	不二サッシ(株)	同・別	有・無	〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇-〇
健保 康子	妻	20才	無職	同・別	有・無	〃
		才		同・別	有・無	
		才		同・別	有・無	
		才		同・別	有・無	
		才		同・別	有・無	
		才		同・別	有・無	

以下健康保険組合記入欄

(判定)		常務理事	事務長	係員
	認定 ・ 否認定 ・ 保留			
理由				