

記入例

被扶養者認定申請書

保険証上部に記載の記号・番号をご記入ください。
任意継続を新規取得する方は、記入しないでください。

提出される日をご記入
ください。

記入不要

※太線内にご記入ください。

常務理事	専務長	課長・ルネ	担当者
記入不要			

被 保 険 者	記号	番号	氏名	生年月日	会社名
	123	4567	健保 太郎	S・H 40年 10月 3日	〇〇薬品工業株式会社
住所 〒 660-0000 尼崎市〇〇町××-△△					所属 △△工場 製造部〇〇グループ (社内TEL: 831-1234)

任意継続の方は
記入不要です。

認 定 申 請 家 族	氏名	生年月日	年齢	性別	続柄	職業	住所	別居の場合の住所	扶養し始めた年月日と事由
		健保 健太郎	S・H 22. 6. 3	67	男	父	無職	同居 〒540-0000	別居 大阪市中央区〇〇町▲▲-□□-××
	健保 花子	S・H 24. 8. 9	65	女	母	無職	同居 〒同上	別居 同上	H . . . 同上
				男・女			同居 〒	別居 〒	H . . .
				男・女			同居 〒	別居 〒	H . . .

今回申請される方の氏名
等をご記入ください。

申 請 外 家 族	現在被扶養者の認定を受けている者							認定以外の同居家族			
	氏名	生年月日	年齢	続柄	年収	同居別居	氏名	生年月日	続柄	年収	
	健保 桃子	S・H 42. 3 . 20	40	妻	0 千円	同・別		S・H . . .		千円	
	健保 一郎	S・H 5. 2 . 26	14	長男	0 千円	同・別				千円	
	健保 次郎	S・H 8. 1 . 13	11	二男	0 千円	同・別				千円	
		S・H . . .			千円	同・別		S・H . . .		千円	
		S・H . . .			千円	同・別		S・H . . .		千円	

現在、同居されている被扶
養者になっていない方をご

現在、被扶養者になっている
方をご記入ください。

- 注： 1. 申請される家族の氏名には“フリガナ”をつけてください。 武田薬品健康保険組合
2. 会社名・所属・社内TELを必ず記入してください。 ◎添付書類は健保ホームページ参照
3. 武田薬品の方および任意継続の方は返信用封筒を同封し、健康保険組合へ提出してください。 健康保険組合ホームページ⇒健保のしくみ⇒健康保険に加入する人⇒被扶養者を認定申請する時
4. 武田薬品以外の方は事業所人事担当者へ提出してください。

健 保 処 理 欄	送金実績	生計依存調書	在学証明	源泉徴収票	その他
	記入不要				