【提出先】本人→社会保険担当部門（事業主印）→サンデン健康保険組合

健 康 保 険 被 扶 養 者 届

事業主の証明	確認欄 □	この届出については以下①又は②の要件を満たしたものである ①申請者本人（被保険者）が、自署以外で作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。
	所在地 事業所名 事業主名	

下記に記入する事項は、事実に相違ありません。

被保険者　〒 ３７２－００５２

住民票住所 伊勢崎市寿町２番地３

被保険者氏名 健康　太郎

【被保険者（本人）欄】　※該当するものに〇をつけ、所定の事項をご記入ください。

提出区分	保険証記号番号	被保険者（本人）氏名	性別	生年月日	所属名または事業所名	連絡先
①新規　②異動増 ③異動減	３３０１－１２３	健　康　太　郎	男 女	昭・平３５年１月１日	総務グループ	TEL　0270－99－9999 内線　820-999

【被扶養者（家族）欄】　**※異動減（扶養抹消）の場合は赤字でご記入ください。**

被扶養者氏名	性別	続柄	生年月日	異動事由 ※新規は記入不要	居住状況	扶養開始・抹消年月日	※子供を認定申請する時に記入 配偶者の状況
ﾌﾘｶﾞﾅ：ｹﾝｺｳ　ｹﾝﾀ 健　康　健　太	男 女	長男 （第　子）	昭和・平成・令和 １０年　９月　１日 （　２５歳）	結婚・出生・退職・失業給付受給終了 就職・その他（　　） 死亡（令　年　月　日）	同居 別居	令和　５年 １０月　１日	□配偶者なし □配偶者あり┬□サンデン健保へ加入 └□他の健保へ加入

扶養から外す場合は赤字で記入

就職日を記入

住民票住所	〒	居所（住民票住所と異なる場合）	〒

新規・異動増申請理由 ⇒
（異動減は以下記入不要）

被扶養者となる者について

１．現在の状況　① 無職　② 学生　③ パート・アルバイト　④その他（　　）

２．申請前に退職した場合

⇒ 勤務先：　　雇用保険加入状況　イ 加入　ロ 未加入

退職理由　⇒　イ 定年　ロ 病気療養　ハ 出産　ニ 結婚　ホ その他（　　）

退職年月日⇒　令和　　年　　月　　日

雇用保険受給状況⇒ イ 受給する　ロ 受給しない　ハ 受給できない　ニ 延長する　ホ 受給終了

３．被扶養者となる者が別居の場合、あなたが１ヶ月負担している金額（仕送り額）

＿＿＿＿＿＿＿＿円

４．今後の収入（年収は）①～④　計　　円

① 給与収入（パート・アルバイト：賞与・交通費等を含む）　（　　円）

② 厚生年金・国民年金・遺族年金・障害年金・恩給等　（　　円）

③ 農業・自営業所得、配当・利子・不動産収入　（　　円）

④ 雇用保険失業給付金、傷病･出産手当金
他の家族からの仕送り、その他（　　）　（　　円）

【注意事項】

・扶養認定申請の場合：本届書に添付書類を添えてご提出ください。添付書類は添付書類一覧で確認してください。
添付書類一覧の他に、認定審査に必要な書類の提出を求めることがあります。
被保険者証の添付は不要です。

・扶養抹消（異動減）の場合：被扶養者欄は赤字で記入し、対象者の被保険者証を添付してください。

受　付　印　　R5.12 改訂

処理：　　発送