

【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

下記に記入する事項は、事実と相違ありません。

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

事業主の証明	確認欄 <input type="checkbox"/>	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		

【被保険者(本人)欄】 ※該当するものに○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(扶養控)の子の場合は、「長男」「長女」等で記入

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 <input type="checkbox"/> 配偶者なし <input type="checkbox"/> 配偶者あり <input type="checkbox"/> サンデン健保へ加入 <input type="checkbox"/> 他の健保へ加入
カガナ: <u>ケノコ ハコ</u> 健康 花子	男 女	妻 (第 子)	昭和 平成・令和 35年10月15日 (63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	

住民票住所 〒372-0052 伊勢崎市寿町2番地3	住所(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) 退職し、扶養範囲内でパート勤務をしているため

子供を認定申請する場合、自分の配偶者の状況を回答

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: <u>△△株式会社</u> 雇用保険加入状況 <u>イ</u> 加入 <u>ロ</u> 未加入 退職理由 ⇒ <u>イ</u> 定年 <u>ロ</u> 病気療養 <u>ハ</u> 出産 <u>ニ</u> 結婚 <u>ホ</u> その他( <u>自己都合</u> ) 退職年月日 ⇒ 令和 <u>5</u> 年 <u>9</u> 月 <u>30</u> 日 雇用保険受給状況 ⇒ <u>イ</u> 受給する <u>ロ</u> 受給しない <u>ハ</u> 受給できない <u>ニ</u> 延長する <u>ホ</u> 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 <u>680,000</u> 円 ① 給与収入(パート・アルバイト:賞与・交通費等を含む) ( <u>600,000</u> 円) ② 厚生年金・国民年金・遺族年金・障害年金・恩給等 ( <u>80,000</u> 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られることがあります。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

赤枠の1、4は必ず記入  
2、3は該当する場合に記入

受付印 R5.12改訂

処理: 発送