

被扶養者認定伺

(注)各項目とも必ず記入してください

この届は「出生」および日本電気健康保険組合に加入している会社間の「移籍」の場合は“提出不要”です。被扶養者の増加申請（新規含む）をする場合に「被扶養者届（異動届）」に添えて提出してください。

健康 保 険	記号	番号	事業場（社名）・所属	被保険者現住所	フリガナ
			TELNET・TEL ()	〒	氏名 生年月日 S・H 年 月 日

(注4)就労状況変更により、勤務先の健康保険資格を喪失している場合は、「健康保険資格喪失証明書」も添付ください。

新 た に 被 扶 養 者 と な る 者 の み 記 入	被扶養者氏名	生年月日	続柄	被扶養者現住所	同別居	申請時の健康保険の有無（必須）	
	フリガナ	S・H・R . . (歳)		〒	同・別	有 () ・ 無	
	フリガナ	S・H・R . . (歳)		〒	同・別	有 () ・ 無	
	フリガナ	S・H・R . . (歳)		〒	同・別	有 () ・ 無	
	フリガナ	S・H・R . . (歳)		〒	同・別	有 () ・ 無	
	被扶養者となる者が父母の場合、 あなた以外の兄弟の有無 (例 兄2人・弟1人・姉1人)	1. あり() 2. なし	申請の理由を詳しく記入してください(必須)				
	被扶養者となる者と別居している場合、 その者と同居者の有無 (例 父・姉・弟)	上記の者との同居者 1. あり 2. なし ()					
あなたの現在の同居家族 (例 妻・子2人・母)	1. あり() 2. なし	被扶養者となる者について 1. 申請前の職業は→勤務先 (1)退職理由 イ.自己都合 ロ.定年 ハ.病気療養 ニ.出産 ホ.結婚 【回答必須】在職中からの傷病について退職日以降の期間も傷病手当金を受給する: はい・いいえ (2)退職年月日 昭・平・令 年 月 日 2. 今後の収入（月収） <u>①～⑤計</u> 円 ①給与収入（パート・アルバイトを含む） (円) ②公的年金(老齢基礎,厚生,障害,遺族,企業,恩給等) (円) ③自営業所得（農業・不動産など） (円) ④雇用保険（失業給付） (円) ⑤傷病手当金 (円)					
あなたのいままでの被扶養者 (例 妻・子2人)	人						
被扶養者となる者が別居の場合は、 あなたが負担している金額(月々の仕送り額) ※ 確証添付	月額 円						

健 保 記 入 欄	1. 認定 2. 非認定 3. 保留	(理由)	常務理事	事務長	マネージャー	主任	担当	受付年月日