

受付年月日 年 月 日

常務理事	事務長	係

※ 健保組合 記載欄	認定	令和 年 月 日
	保留	令和 年 月 日
	不認定	令和 年 月 日

被扶養者特別認定申請書

年 月 日

注：・1から5までは認定対象の被扶養者について
該当する所に○印および必要事項を記入して下さい。

被保険者証記号番号

—

被保険者

氏 名

1. 認定対象の被扶養者の氏名

氏 名	年 令	生年月日	続 柄	住 所	同居 別居

2. 上記の者の収入について(月額は年収額を12分の1にした額とすること)

給与などの勤労所得	有(月額 円)	無	収入額計 月額 円
年金、恩給などの受給	有(月額 円)	無	
配当、預貯金利子 不動産賃貸料収入など	有(月額 円)	無	

3. 申請前の職業、勤務先などについて

職 業	勤 務 先 名	所 在 地	勤続年数
退職年月日 年 月 日		退職理由	

4. 加入していた社会保険について

種 別	1. 健康保険	2. 国民健康保険	3. その他()	加入年数(年)
		1. 厚生年金	2. 国民年金	3. その他()

5. 居住している家について

1. 被保険者の持家	2. 被扶養者()の持家	3. 借家	4. その他()
------------	---------------	-------	-----------

