

# 健康保険被扶養者認定申請書

東北電力健康保険組合 御中

年 月 日 提出

被 保 険 者	事業所コード	事業所名称	所属名称		標準報酬月額 担当者記入 千円	
	氏名	被保険者証番号 記号 番号	性別	生年月日 資格取得年月日		
				昭平 年 月 日	〒	
			男・女	昭平令 年 月 日		

すでに扶養認定された家族	氏名	続柄	年齢	同居別居

申 請 す る 被 扶 養 者	氏名	生年月日				年齢	続柄	認定年月日			性別 同居別居	現在の健康保険状況	収入の状況	
		元号	年	月	日			年	月	日			有・無	円
	フリガナ	昭平令					*	*	*	男	1. 加入中 国保・任継 (健保) ・ その他 2. 未加入 協会・国保・共済・任継・その他健康保険を 年 月 日喪失	有・無	1. 自営業 (業種) 年間所得 (円) 2. 農業 (円 耕作面積) 田・畑・その他 (円) 3. 年金・恩給 (種別および年額) (円) 4. その他 (パート, アルバイト) 円/その他 (円)	
	個人番号 *	*印欄は記入しないこと												
	フリガナ	昭平令					*	*	*	女	1. 加入中 国保・任継 (健保) ・ その他 2. 未加入 協会・国保・共済・任継・その他健康保険を 年 月 日喪失	有・無	1. 自営業 (業種) 年間所得 (円) 2. 農業 (円 耕作面積) 田・畑・その他 (円) 3. 年金・恩給 (種別および年額) (円) 4. その他 (パート, アルバイト) 円/その他 (円)	
	個人番号 *	*印欄は記入しないこと												
	申請理由 (扶養するにいたった理由および年月日)										別居の場合	被扶養者住所	別居理由	送金額 (その他の場合)
											〒		1. 単身赴任 2. その他 ( )	月額

(事業主の証明) 申請のとおり相違ないことを証明いたします。

(健康保険組合処理欄)

<判定> 認定・不認定  
・理由

受付 年 月 日  
決定 年 月 日  
通知 年 月 日

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主名	

常務理事	事務長	関係者	担当