

	常務理事	事務長	主任	担当
決裁				

ルネサス健康保険組合御中（送付先は、下記参照）

健康保険 被扶養者申請書（兼 認定通知書）

① ※太枠内を記入してください

② 提出日 令和 3 年 4 月 1 日

④

扶養申請区分
<input checked="" type="checkbox"/> 新規(一般再取得含む)、 <input type="checkbox"/> 事業所間異動、 <input type="checkbox"/> 再雇用

基本情報

※枝番(-00)記入は不要です。

被保険者証の記号・番号										被保険者氏名		フリガナ ケンコウ タロウ					
記号	1	1	1	番号 (右詰め)	1	1	1	1	1	1	健康 太郎		連絡先		単身赴任		
事業所名(任継・特退の方は記入不要)										社名		所属		内線TEL		日中の連絡先 電話番号	
ルネサスエレクトロニクス㈱										製造部		81-4320		03-6773-4320		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
従業員番号 (右詰め)										事業所コード		⑬ ※事業所コードは、事業所健保担当者が記入					

申請内容

⑨ 次ページの確認事項をご参照ください。

⑩

続柄	妻	フリガナ	ケンコウ	ハナコ	性別	⑪ 生年月日			扶養認定(健保記入)		
被扶養者氏名	健康	花子	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	SHR	50	5	5	令和			
個人番号											
居住	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	⑭ 扶養開始年月日	⑮ 被扶養者となる理由(該当項目にチェックしてください)								
令和	3	4	1	<input type="checkbox"/> 本人採用	<input type="checkbox"/> 結婚	<input type="checkbox"/> 出生	<input checked="" type="checkbox"/> 離職	<input type="checkbox"/> 異動	<input type="checkbox"/> 同居		
郵便番号	1	2	3	-	4	5	6	7	(一人目の住民票住所は、必ず記入)		
住民票住所	東京 <input checked="" type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県 小平市上水本町5丁目20番1号 ルネサスマンションA棟1302号室										

続柄		フリガナ			性別	生年月日			扶養認定(健保記入)			
被扶養者氏名					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	SHR				令和		
個人番号												
居住	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	扶養開始年月日	被扶養者となる理由(該当項目にチェックしてください)									
令和				<input type="checkbox"/> 本人採用	<input type="checkbox"/> 結婚	<input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 離職	<input type="checkbox"/> 異動	<input type="checkbox"/> 同居			
郵便番号				-					(二人目の住民票住所が一人目と同じであれば「同上」で可)			
住民票住所	<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県											

続柄		フリガナ			性別	生年月日			扶養認定(健保記入)			
被扶養者氏名					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	SHR				令和		
個人番号												
居住	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	扶養開始年月日	被扶養者となる理由(該当項目にチェックしてください)									
令和				<input type="checkbox"/> 本人採用	<input type="checkbox"/> 結婚	<input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 離職	<input type="checkbox"/> 異動	<input type="checkbox"/> 同居			
郵便番号				-					(三人目の住民票住所が二人目と同じであれば「同上」で可)			
住民票住所	<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県											

<注意事項>

受付日付印

- 配偶者を扶養する場合、健康保険への届出とは別に事業所へ「国民年金第3号被保険者関係届」の届出も必要です。詳細は事業所の年金担当者へご確認願います。
- 18才以上(高校生を除く)の方を被扶養者とする場合は、「被扶養者申請に伴う状況届」(健保指定帳票T-013)を本申請書と一緒に提出してください。(事業所(会社)異動の場合は不要です。)
- その他必要添付書類については、別紙の扶養確認添付書類一覧をご確認ください。

※1：システムで対応可能な文字規格「JIS X 0208 漢字第1、第2水準」

<申請書の送付先> [注]郵便は、必ず書留でお願い致します。

加入区分	送付先
一般被保険者	社外郵便[注]：〒101-0063 東京都千代田区神田淡路町2-29 社会保険労務士法人なんの木事務所
任意継続被保険者、特例退職被保険者	社外郵便[注]：〒187-8588 東京都小平市上水本町5-20-1 ルネサス健康保険組合

⑬	事業所所在地	⑬	インプット	証発行
事業所担当印	事業所名称			
印	事業主氏名			

(健保組合で認定後、健保印を押印の上 返送いたします。)

上記の通り、扶養認定されましたので、通知申し上げます。

【被保険者記入・確認事項】

- ① 太枠内を正確に記入願います。 + 該当する「扶養申請区分」にチェック願います。
- ② 提出年月日は必ず記入願います。
- ③ 被保険者の記号・番号は正確に記入願います。 ※枝番(-00)記入は不要です。
- ④ 被保険者氏名を記入願います。
- ⑤ 事業所名及び連絡先を正確に記入願います。 ※任継・特退の方は「社名」、「所属」、「内線TEL」は記入不要
- ⑥ 従業員番号は正確に記入願います。 ※任継・特退被保険者の方は記載不要
- ⑦ 被扶養者として申請する方のみについて、記入願います。
- ⑧ 被扶養者として申請する方の続柄を正確に記入願います。(例:長男・二男・長女・二女等)
- ⑨ 被扶養者として申請する方の氏名を正確に記入願います。(下記に従ってください)
 - a.マイナンバーカードへ登録している文字 および 文字数と同一内容を記入してください。
 - b.外国籍の方は、在留カードに登録している文字 および 文字数と同一内容を記入してください。
 - c.上記以外の方は、住民票に登録している文字 および 文字数と同一内容を記入してください。
- ㊦システムで対応できない漢字は、健保にて変更する場合があります。(※1参照)
※1:システムで対応可能な文字規格「JIS X 0208 漢字第1、第2水準」
- ⑩ 被扶養者として申請する方の性別にチェック願います。
- ⑪ 被扶養者として申請する方の生年月日を正確に記入願います。
- ⑫ 被扶養者として申請する方の個人番号(12桁)を正確に記入願います。
- ⑬ 居住が同居か別居か、いずれかにチェック願います。

(注) ・次の方を扶養する場合には「同居」が条件となります。[義父母・義祖父母・義兄弟姉妹・叔父母・甥姪 等]

・居住が別居の場合には、仕送り金額を証明するもの(直近3ヶ月分の写)が必要となりますので

申請書を提出する際は事業所健保担当者へ確認してから提出願います。

・被保険者が単身赴任・長期出張の場合は、仕送り金額を証明するもの(直近3ヶ月分の写)は不要です。

・学生を扶養する場合で、収入の無い子が単身住まいなどで別居となる場合には、仕送り金額を証明するものの提出は不要です。

- ⑭ 扶養開始年月日を正確に記入願います。

(注) ・結婚の場合・・・入籍日 ・出生の場合・・・出生日

- ⑮ 被扶養者となる理由について、該当項目にチェック願います。

(注) ・扶養となる理由が、その他の場合はカッコ内に理由を記入願います。

- ⑯ 単身赴任かどうか、あてはまる方にチェック願います。(会社が認める場合に限る)

【事業所健保担当者確認事項】

- ⑰ 事業所健保担当者は、事業所コードの記入・日付のわかる事業所担当者印を押印し、再度記入漏れ等がないか確認のうえ、事業主欄を記入し健保組合へご提出願います。

☆ 20歳以上60歳未満の配偶者の方を扶養する場合は、「国民年金第3号被保険者関係届」を事業所経由で日本年金機構へご提出願います。

尚、手続きの詳細は、事業所の社会保険担当者へご確認願います。

注 意

- I. 18才以上(高校生を除く)の方を扶養する場合には「被扶養者申請に伴う状況届」(健保指定帳票T-013)と被扶養者認定に必要な添付書類一覧で確認した証明書と共にご申請願います。(事業所(会社)異動の場合は不要です。)
- II. 申請書の注意事項を確認し、不明な点は事業所健保担当者へご確認の上、ご提出願います。