

被扶養者認定に伴う合意書

※枝番(-00)記入は不要です。

被保険者の記号・番号										被保険者 氏名	フリガナ				
記号				番号 (右詰め)											
被扶養者と する者の氏名										生	年	月	日	被保険者との続柄	
										<input type="checkbox"/> 昭		年		月	
<input type="checkbox"/> 平															
<input type="checkbox"/> 令															
〔当健保組合の被保険者の扶養とする理由〕															

上記の者の健康保険上の扶養者を貴健康保険組合被保険者にするについて合意した。

令和 年 月 日

氏名	被保険者との続柄

以上

<注意事項>

- 社会通念上の扶養すべき親族に代わり、被保険者が父母等を扶養する場合に必要な書類です。
(例: 兄弟がいる場合で、兄弟に代わり被保険者が父母を扶養する場合
(兄弟が扶養できない場合)等)

<申請書の送付先>

加入区分	送付先
一般被保険者	社会保険労務士法人なんの木事務所[〒101-0063 東京都千代田区神田淡路町2-29] ※社内郵便の場合：本/日立MP(OC2)(人事ソ)なんの木
任意継続被保険者、特例退職被保険者	ルネサス健康保険組合[〒187-8588 東京都小平市上水本町5-20-1]