

申請ルート: 申請者(被保険者)→事業場人事労務担当部署→ミットヨ健康保険組合

健康保険被扶養者 認定申請書

ミットヨ健康保険組合理事長 殿

被 保 険 者	被保険者等記号		被保険者等番号		申請日		
	氏名	氏		名	社員番号		
						生年月日	
	所属名称						
	住民票住所	〒		－			
居住住所	〒		－				

【被扶養者認定申請に関する誓約書】※チェック欄に必ずチェックをいれてください。

チェック欄 今回申請する認定対象者について、私が主たる生計維持者であり、申請の内容に虚偽がないことを誓約いたします。なお、申請後または認定後に私との生計維持関係に変更が生じ、主として私が生計を維持する実態がなくなった場合は、速やかにその旨を健康保険組合に届出て、被扶養者資格の取消手続きをいたします。

申 請 す る 家 族	ふりがな		性別	男	女	続柄	
	氏名	氏	名	申請する家族の個人番号(マイナンバー)			
	被保険者と同居別居		同居	別居	生年月日		
	住民票住所	〒	－				
	居住住所	〒	－				
	資格確認書発行	資格確認書の発行が必要な場合(※)は、「資格確認書発行」の欄に、下記の理由の中から該当する番号をご記入下さい。 ※以下に該当する場合に限ります。 1: マイナンバーカードでの受診等が困難な配慮が必要な方(ご高齢の方、障害をお持ちの方) 2: マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者 3: マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない方、利用登録解除を申請した方、利用登録解除者 4: マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの方 5: マイナンバーカードを作成・紛失・更新中の方(有効期限が短期となります) 6: その他(事情を別途お伺いすることがあります)					
	申請理由 (今回の申請理由として当てはまる番号を1つ選択し、事由発生日を記入してください。 「9その他」の場合は理由をご記入ください)	1 出生	出生日				
		2 被保険者がミットヨ健康保険組合に加入した	加入日				
		3 被保険者と結婚した	婚姻日				
4 退職した		退職日					
5 雇用保険失業給付の受給を終了した		受給終了日					
6 事業を廃業した		廃業日					
7 雇用形態の変更により収入が減った		事由発生日					
8 今まで別の人の扶養だったが被保険者の扶養に変更になった		事由発生日					
9 その他()	事由発生日						

【申請の際の注意事項】

※被扶養者の認定申請の際は本申請書と、『現況届』と、該当する添付書類を合わせて所属する事業場の人事労務担当部門に届出てください。(本社管理部門、GM部、営業テクノサービス本部、研究開発本部、川崎工場の方は本社人事部にご提出ください。)

※申請の内容が虚偽であることが発覚した場合は、発覚した時点で認定日まで遡り、認定を取消すことがあります。この間に健康保険組合が負担した医療費等は返納いただきます。

事 業 主 証 明 確 認 欄	上記確認のうえ、事実と相違ないことを証明します。	確認日	確認者
	事業所所在地 神奈川県川崎市高津区坂戸一丁目20番1号	年 月 日	
	名 称 株式会社 ミットヨ 事業主氏名 代表取締役社長 沼田 恵明		
事業主が確認した場合にチェック欄にチェックをいれてください。	チェック欄 ☐	この届出については①又は②の要件をみたしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。	

被保険者の個人番号(マイナンバー)	
-------------------	--

・被保険者等の記号番号を記入した場合は不要です
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

健 保 記 入 欄	認定日: 年 月 日	常務理事	事務長	係	係	健保組合受付欄