

You cannot apply with just this document. Please be sure to attach the resident registration (required) and any documents relevant to the reason.
Please register your family's My Number in the company's My Number web system.

<Check ☒ before submission >
☒ Residence certificate attached.
☒ Required documents are attached.
☒ Register for My Number I did / I will

Insured	Insurance Card No.	○ . ○○○○		GUI	○○○○○			
	Insured's name	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎			Date of birth	5. 昭和 7. 平成 ○ ○ ○ ○ ○	Sex	男 女
	Address	〒 000-0000 ○○県○○市1-2-3 ○○マンション101号室			012 (345) 6789			
	Qualification Acquisition date	7. 平成 9. 令和 ○ ○ ○ ○ ○	年 月 日	(Employer entry field)	千円 * Not necessary to fill			

Dependent	Type	add	Name	フリガナ ケンボ (氏) 健保	(名) ハナコ 花子	Date of birth	5. 昭和 7. 平成 9. 令和 ○ ○ ○ ○ ○	年 月 日	Sex	男 女	Family Relation	妻
	Job	無職	Annual Income	0	Date of becoming a dependent	9. 令和 ○ ○ ○ 7 0 1	年 月 日	Reason for Living Abroad				
	How to visit a medical institution	Please make sure to check one of the options below. <input checked="" type="checkbox"/> My Number card <input type="checkbox"/> Eligibility certificate: My Number card unusable for the reasons listed on the right. (*)					*Applicable person: • Whose have returned their My Number Card • Whose have not registered to use the Card or canceled registration. • Whose My Number Card has expired					

【1】Please tell us the reason for applying as a dependent. *If left blank, it will be returned.
(Detailed information about the situation of the target family and the circumstances that led to the insured person having to support them.)
妻が妊娠のため会社を退職したことに伴い、主として生計を維持することとなった。
今後、出産後もしばらくは失業給付の受給を延長するため収入がないので、被扶養者として申請をしたい。

【2】Please provide Dependent information. (circle all that apply, avoid blanks)

1. Health insurance that the person is currently enrolled in	No	Birth / Name of it (○△健康保険組合)	○ 年 ○ 月 ○ 日 loss of status	
	Yes	Voluntary Continuation・National Health Insurance・Health Insurance at Work・ Mutual Aid・Family Dependents・Other ()		
2. Household	Cohabiting	*Single-residence due to personnel transfer is "Cohabiting", while separation of households on the resident registration form is "Separated".		
	Separated	Reason ()	1 month remittance amount (Yen)	
3. Other Dependent(s) (Spouse, parents, etc. of the insured)	None			
	Are	Name :	Relationship :	Reasons for not being able to support the Dependent :
		Name :	Relationship :	Reasons for not being able to support the Dependent :

【3】Labor and Income: Individuals aged 18 or older must complete this form. (Circle the appropriate item.)

1. Current Employment Status	Working	Part-time job・Temporary work・Self-employment [Business content:] ・Other ()	
	Not working	No work experience	Work experience Yes Date of retirement: ○年○月○日 Reason: Retirement, Marriage, Childbirth・Other
If you retired within 2 years, please be sure to answer about unemployment and other benefits.			
* If the basic daily allowance is 3,612 yen or more, you cannot become a dependent while receiving the benefit. (5,000 yen or more for people over 60 years old and people with disabilities)	unemployment benefit	Receiving	Scheduled Period: From to Around / Daily Basic Allowance (Yen)
		Pending	Expected Certificate Submission Date【 年 月 日 】 *Please submit within 2 months. If it is not submitted the certification will be revoked.
		Extend	Reason (出産・育児のため) Extension Notice Submission Date【 ○ 年 ○ 月 ○ 日 】
		Terminated	Benefit End Date : 年 月 日
		Not receive	Ineligible ・ Student ・ Other (Reason:)
		civil servant	Retirement Allowance for Unemployed: Not Receiving ・ Receiving (until around)
2. Current Income	No	Salary	(Yen per month) o r (Yen per year)
	Yes	Annuity	(Name:) (Yen per year)
		Sickness Benefit	Payment start date: 年 月 日 (Daily Benefit Amount: Yen)
		Other	Dividends, Interest, Real Estate Income, Miscellaneous Income, Other () (Yen per year)

Employer	Company location	※Employer's Certification Section Leave it blank to the social labor corporation of the business site Submit it. (After stamping at the contractor, it will be
	Company name	
	Name of the business owner	
	Tel.	

受付日付印

この処分に不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に文書又は口頭で社会保険審査官(地方厚生(支)局内)に対して審査請求をすることができます。また、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求又は処分の取消しの訴えを提起することができます。再審査請求は審査官の決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して2か月以内に文書又は口頭で社会保険審査会(厚生労働省)内)に対して行うことができ、処分の取消しの訴えは、審査請求の決定があったことを知った日から6か月以内(再審査請求があったときは、その裁決があったことを知った日から6か月以内)に、健康保険組合を被告として提起することができます。(ただし、原則として、決定又は裁決の日から1年を経過したときは、提起することができなくなります。)

なお、審査請求があった日から2か月を経過しても決定がないときや、処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、審査請求の決定を経なくても再審査請求又は処分の取消しの訴えを提起することができます。

健保使用欄	常務理事	事務長		担当