

1. 被扶養者にしたい方について (※75歳以上の方は申請できません)

氏 名	デンソー 花子	被保険者との続柄	妻
		年 齢	〇〇 歳
配偶者の有無	配偶者有・未婚・離婚・死別 ※〇を付ける		
職 業	無職・有職 (勤務先名:)		
	(自営業の場合、業種:)		

2. 申請理由について(今、なぜ申請するのか理由を詳しく記入して下さい)

退職し、現在無職のため

3. 現在の収入について

※退職後に申請される方は退職前の収入は加算しないで下さい。

区分 ()内に詳細を記入して下さい	年間収入
給与収入<正社員・パート・アルバイト>※〇を付ける	0 円
自営業収入<自営・農業・漁業・林業>※〇を付ける	0 円
年金収入<老齢・遺族・障害・基金>※〇を付ける	0 円
保険給付収入<傷病手当・出産手当・労災・他()>	0 円
その他収入()	0 円
合 計	0 円

※申請される方が65歳以上で年金収入がない方はその理由を記入して下さい。

4. その他の家族構成について(別居も含め家計を共にする方)

※現在デンソー健康保険組合の被扶養者になっている方は続柄を〇で囲んで下さい。

続柄	氏 名	年 齢	同居・別居	年間収入
長男	デンソー 一郎	〇	同居	0 円
母	デンソー 幸子	〇〇	同居	200万 円
				円
				円

5. 別居の場合の申請について

①被扶養者にしたい方への生計援助費(仕送り)について

毎月の仕送り額	毎月 円 の仕送りをしている
---------	----------------

②被扶養者にしたい方と同居し収入のある方について記入

続柄	氏 名	年 齢	年間収入
			円
			円

上記の方が、今回被扶養者にしたい方を扶養できない理由

6. 被扶養者にしたい方が現在(扶養し始めた日に)加入している健康保険について(〇を付けて下さい)

健康保険の種類	1. 加入していない(無保険)	2. 国民健康保険	3. 社会保険(被保険者)	4. 社会保険(被扶養者)
	5. 共済組合(被保険者)	6. 共済組合(被扶養者)	7. その他()	
任意継続保険	1. 加入していない 2. 加入している → 下の(※注1)をご覧ください			

(※注1)前勤務先の任意継続保険の被保険者になっている場合は、デンソー健保の被扶養者になれません。

任意継続保険の資格喪失後に「資格喪失証明書」を添付して申請してください。

7. 2年以内に退職(パート・アルバイト含む)されている方について

退職日	平 令和 6年 11月 30日	退職理由	自 己 都 合	勤続年数
勤務先	1. 株式会社デンソー (従業員番号:)			
	2. その他(会社名: 〇〇株式会社) 電話 〇〇〇〇 - 〇〇 - 〇〇〇〇			

8. 前勤務先での雇用保険の加入と失業保険給付について ※2年以内に退職(パート・アルバイト含む)された方のみ

雇用保険の加入の有無(離職票の交付の有無)と失業給付について、当てはまる番号に〇を付けて、必要書類を添付して下さい。

雇用保険の加入(離職票交付の有無)と失業給付		必 要 書 類
雇用保険に加入していた	1. 失業給付を受給する	⇒ 雇用保険受給資格者証 又は 失業者の退職手当受給資格者証 両面の写し (ハローワークに離職票を提出するともらえる書類です) 下の(※注2)をご覧ください
	2. 失業給付の受給が終了した	⇒ 雇用保険受給資格者証 全ページの写し(「支給終了」の印字のあるもの)
	3. 失業給付を受給しない(離職票交付あり)	⇒ 離職票1と2の原本(コピー不可) 下の(※注2)をご覧ください
	4. 受給延長を申請する(理由: 出産・育児) 受給予定年月(令和 8 年 2月)※要記入	⇒ 退職が証明できる書類 【例】退職証明書・離職票(写)・健康保険喪失証明書・退職日が記載された源泉徴収票(写) 等
	5. 受給予定だが、離職票がまだ届いていない	⇒ 退職が証明できる書類 【例】(同上) ※後日「雇用保険受給資格者証両面(写)」の提出要
	6. 離職票の交付を希望しなかった(受給しない)(理由:)※要記入	⇒ 退職が証明できる書類 【例】(同上)
7. 雇用保険未加入(離職票交付なし)		⇒ 退職が証明できる書類 【例】(同上) + 直近2ヵ月分の給与明細(写)

(※注2) 上記の1と3で、申請をお急ぎの場合、「雇用保険受給資格者証両面の写し」「離職票1と2の原本」は後日の提出でも結構です。

ただし、退職を証明できる書類の添付が必要です。 後日分の提出予定日: 月 日頃(要記入)

9. 出産予定がある方について ※記入もれがあった場合、事実が発覚した時点で出産予定日の42日前に遡って被扶養者削除となりますので、ご注意ください。

出産予定日: 令和 7 年 2 月 3 日	胎児の数: 単胎 多胎	添付書類: 直近2ヵ月分の給与明細(写)
-----------------------	-------------	----------------------

【注意事項】

- この用紙はペンで記入して下さい。記入もれ・書類不足があった場合には、返却させていただきます。
5. の①については、必ず送金の事実が確認できるもの(被保険者の氏名の記載された被扶養者にしたい方の預金通帳の写し又は振込みの領収書の写し等)を添付して下さい。
- 異動届・現況届に記載の添付書類以外にも、必要に応じて証明書類等の提出をお願いすることがあります。

【被保険者署名捺印欄】 ※個人情報保護に関しては、<https://www.denso-kenpo.or.jp/policy> をご覧ください。

デンソー健康保険組合 御中	令和 6年 12月 2日	デンソー健康保険組合
申告に事実と相違があった場合、被扶養者認定日に遡って被扶養者の資格を削除しても構いません。		外線 TEL 0566-25-3121
その間の医療費、保険給付費、保健関係利用等、健康保険組合が負担した金額を返済いたします。		FAX 0566-24-6301
また、毎年実施される「被扶養者資格確認」に必ず協力いたします。		内線 TEL(株デンソー) 551-89135
記号-番号: 1 - 123456	被保険者氏名: デンソー 太郎	署名捺印 忘れずに!