令和5年　　　月　　　日

セイコー健康保険組合　御中

被扶養者認定に関する上申書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　 | 保険証の記号・番号 | 記　号　　　　　　　　　　　　　番　号 |
|  | 氏 名 |  |
| 被保険者 | 事業所（会社）名 |  |
|  | 住 所 | 〒 　　　　　- |
|  | 連 絡 先 | 会社 ・ 自宅（携帯）： 　　 （　　　　　　　） |

　下記の者は、就労できない状況にありますので引き続き被扶養者として認定いただきますようお願いいたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏 　 名 |  | 続柄 |  |
| 被扶養者 | 生 年 月 日 | 昭和 ・ 平成　・　令和　　　　年　　　月　　　日 | 年齢 | 　　　　　　歳 |
|  | 平成・令和 　　年　　　月 退職 ・ 卒業 ・ 休学 ･ 退学 ← （該当を○で囲んでください） |

理　由　（就労できない理由を詳細にご記入ください）

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　以上