ルネサス健康保険組合 御中

被扶養者認定に伴なう合意書

※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 ケンコウ ジロウ	
①	記号	1	1	1	番号(右詰め)	1	1	1	1	1	1	1		② 健康 二郎	
③	被扶養者とする者の氏名				健康 一太郎									生年月日 ☑昭 ☐平 ☐令 2 年 5 月 1 日	被保険者との続柄 ④ 父
⑤	〔当健保組合の被保険者の扶養とする理由〕 兄が扶養していたが、退職したため。 その他の兄弟がいないため、扶養する事となった。														

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ことについて合意した。

⑥ 令和 3 年 4 月 11 日

⑦ 氏名	被保険者との続柄
健康 一郎	兄

以上

＜注意事項＞

1.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となる書類です。
(例:兄姉がいる場合で、兄姉に代わり被保険者が父母を扶養する場合
(兄姉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	ソーシャリンクス株式会社・ソシア社労士オフィス［〒105-0003 東京都港区西新橋1-18-6-11F］
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］

【被保険者記入・確認事項】

① 被保険者の記号・番号を正確に記入願います。 ※枝番(-00)記入は不要です。

② 被保険者氏名を記入してください。

③ 被扶養者とする者の氏名と生年月日を正確に記入願います。

④ 被保険者との続柄を正確に記入願います。

⑤ 扶養とする理由を詳しく記入願います。

⑥ 本合意書を作成した日を記入願います。

⑦ 合意者の氏名および被保険者との続柄を記入してください。