扶養認定の申請には添付書類が必要です。
必ずJAST健保のHPにてご確認ください。
https://www.c-canvas.jp/kenpo/jast/index.aspx

健康保険被扶養者（認定・削除）届

常務理事	事務長	担当者	担当者

①健康保険の記号	②健康保険の番号	③被保険者の氏名		④生年月日	⑤性別	⑥異動の別	⑦資格取得年月日	⑧標準報酬月額
100	○○○	フリガナ ケンポ 氏 健保	フリガナ タロウ 名 太郎	○昭 ●平 ○令 ○ ○ ○ 年 月 日	●男・○女	●認定・○削除	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	千円
被保険者の住民票住所	〒 530－0005 ※住民票に記載の通り、正しくご記入ください 大阪府大阪市北区中之島○－○－○ ○○マンション○号室 電話（ 06 ）○○○○ － ○○○○				事業所	●大阪本社 ○東京本社 ○退職者	備考	

		⑨被扶養者の氏名		⑩生年月日 ⑪性別 ⑫続柄 ⑰個人番号（マイナンバー）	⑬被扶養者の状態及び収入額	⑭扶養の理由又は削除の理由	⑮被扶養者となった日またはなくなった日（死亡の場合は死亡日の翌日）	⑯被扶養者の住民票住所
増・減	認定 ・ ・ 削除 ・ ・	フリガナ ケンポ 氏 健保	ハナコ 名 花子	○昭 ●平 ○令 ○ ○ ○ 年 月 日 ●男・○女 妻 マイナンバー	パート （年収 900,000 円）	収入減	令和 ○ ○ ○ 年 月 日	同上
増・減	認定 ・ ・ 削除 ・ ・	フリガナ ケンポ 氏 健保	イチロウ 名 一郎	○昭 ○平 ●令 ○ ○ ○ 年 月 日 ●男・○女 長男 マイナンバー	無職 （年収 0 円）	出生	令和 ○ ○ ○ 年 月 日	同上
増・減	認定 ・ ・ 削除 ・ ・	フリガナ 氏	名	○昭 ○平 ○令 年 月 日 ○男・○女 マイナンバー	（年収 円）		令和 年 月 日	
増・減	認定 ・ ・ 削除 ・ ・	フリガナ 氏	名	○昭 ○平 ○令 年 月 日 ○男・○女 マイナンバー	（年収 円）		令和 年 月 日	

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

※黄色部分のみご記入ください

上記の記事項は事実に相違ありませんので届出します。
被保険者 氏 名 健保 太郎

上記のとおり相違ないことを証明します。
所在地 〒 530 - 0005
事業主 名 称 大阪府大阪市北区中之島2－3－18
日本システム技術株式会社
代表者名
電話（ 06－4560－1000 ）

受付印

◆提出先 大阪本社
◆照会先 JAST健康保険組合
〒530-0005 大阪市北区中之島二丁目3番18号中之島フェスティバルタワー28階
TEL：06-4560-1008 E-mail：info@jastkenpo.or.jp