

本件で取得された個人情報については、貴健保組合の個人情報保護方針に基づき利用されることに同意の上、申請いたします。

■ 被扶養者 状況説明

- ※「健康保険被扶養者(異動)届」に添付して提出してください。
※扶養したい方1名につき1部、記入・提出してください。(18才未満は提出不要)
※未記入や不備があった場合、扶養審査が行えず認定日が遅れることがあります。
※虚偽の申告があった場合、扶養認定を取り消すことがあります。
※ 欄を空欄のないようご記入ください。

事業所での確認	
確認日：令和	年 月 日
担当者：	<input type="checkbox"/>

記号	9999	番号	123456	被保険者氏名	健保 太郎
----	------	----	--------	--------	-------

I. 認定対象者について

「妻」「父」「母」「義母」「祖母」など詳しく記入してください。

氏名	健保 ハナ子	続柄	母	職業	無職
----	--------	----	---	----	----

II. 申請理由等について

①今なぜ申請するのかその理由を詳しく記入してください。

申請理由(詳しく)	今までは配偶者(父)に扶養されていたが、父が死亡し、定額の年金収入のみとなり、自分だけで生活できないため
-----------	--

②認定対象者が2年以内に退職されている方のみ記入してください。

退職日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	勤続年数	年 月
会社名	<input type="checkbox"/> ジェイテクト (社員番号:) <input type="checkbox"/> その他		
雇用保険	<input type="checkbox"/> 加入(下記失業給付欄も記入) <input type="checkbox"/> 未加入		
失業給付	<input type="checkbox"/> 受給中(手当日額 円) <input type="checkbox"/> 受給予定または申請中 <input type="checkbox"/> 受給終了		
	<input type="checkbox"/> 受給しない <input type="checkbox"/> 受給資格なし		
	<input type="checkbox"/> 延長申請 [理由: <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> その他()]		

③加入していた健康保険の種類を記入してください。

保険の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保組合(名称: 健保組合) <input type="checkbox"/> 無保険
	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ(支部) <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 任意継続保険(満了日: 令和 年 月 日)
	上記の <input type="checkbox"/> 被保険者として加入 → 保険者番号 () <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者として加入

④出産予定について記入してください。

出産予定	<input checked="" type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ⇒ 出産予定日: 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎
------	--

⑤医療扶助について記入してください。 ※障害者等で市町村の助成を受けている方は、医療証等のコピーを添付してください。

医療助成制度	<input checked="" type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ⇒ <input type="checkbox"/> 障害者医療 <input type="checkbox"/> その他()
--------	---

⑥認定対象者の配偶者について記入してください。 ただし、認定対象者が被保険者の妻(夫)の場合は記入不要

配偶者	<input type="checkbox"/> 有り ⇒ 年齢 歳
	<input checked="" type="checkbox"/> 無し ⇒ <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離別 <input checked="" type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他()
死別の方のみ記入	死亡日: <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 30 年 9 月 30 日 遺族年金: <input checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し ⇒ (理由:)

Ⅲ. 認定対象者の現在の収入について(今後一年間の見込み)

収入の有無	<input type="checkbox"/> 無し	<input checked="" type="checkbox"/> 有り (以下、現在の状況・年間収入有無等について記入してください)	※年間収入とは、所得金額(税抜き後)ではなく総収入の金額です。	
現在の状況			年間収入	
①会社などで働いている	<input type="checkbox"/> 正社員	<input type="checkbox"/> 派遣社員	<input type="checkbox"/> パート・アルバイト	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> その他 ()			0 円
②自営業、塾などを営んでいる	<input type="checkbox"/> 自営	<input type="checkbox"/> 農業	<input type="checkbox"/> 漁業	<input type="checkbox"/> 林業
	<input type="checkbox"/> その他 ()			0 円
※廃業したときは廃業した日を記入： <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日				
③年金・恩給を受給している	<input checked="" type="checkbox"/> 老齢基礎	<input type="checkbox"/> 老齢厚生	<input type="checkbox"/> 障害	<input checked="" type="checkbox"/> 遺族
	<input type="checkbox"/> 恩給	<input type="checkbox"/> 共済	<input type="checkbox"/> 企業年金	
	<input type="checkbox"/> その他 ()			980,000 円
④保険給付を受給している (受給予定含む)	<input type="checkbox"/> 傷病手当金	<input type="checkbox"/> 出産手当金	<input type="checkbox"/> 失業給付	
	<input type="checkbox"/> その他 ()			0 円
※年間収入金額には<手当金日額×30日×12ヶ月>を記入				
⑤その他収入がある	<input type="checkbox"/> 不動産	<input type="checkbox"/> 利子・配当		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> その他 ()			0 円
< 年間収入合計 > ※年間収入とは、所得金額(税抜き後)ではなく総収入の金額です。				980,000 円

Ⅳ. 認定対象者が別居の場合の申請について

二世帯住宅や同敷地内の別の建物では、住所は一緒でも別居となります。ただし、病院へ入院、施設へ入所、単身赴任による場合は同居とみなします。

①認定対象者と同居し収入のある方について記入してください。

同居人の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り (以下該当にも記入してください。18歳未満は記入不要)
--------	--	---

続柄	氏名	年齢	職業	年間収入(円)


上記の方が認定対象者を扶養できない理由	
---------------------	--

②認定対象者へ毎月の仕送額(援助額)について記入してください。

※必ず認定対象者の主たる口座(光熱費等の引落としや年金の振込みがある)の通帳写しを添付してください。

毎月の仕送額	ご自身(被保険者)からの仕送額	<input type="checkbox"/> 無し	<input checked="" type="checkbox"/> 有り ⇒	90,000 円/月
	他の親族からの仕送額	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り ⇒	円/月

Ⅴ. 被保険者署名捺印欄

被保険者署名欄	<p>本届の申告に事実と相違があった場合、被扶養者の資格認定日に遡って資格を喪失されても異議は申し立てません。また、その間にかかった医療費・保険給付費等、健康保険組合が負担した金額を全額返納いたします。</p> <p style="text-align: right;">シャチハタ可</p> <p>令和 1 年 5 月 10 日</p> <p style="text-align: right;">被保険者氏名 健保 太郎 </p>
---------	--