

被扶養者の申請を行う際には必ず添付してください。

太枠内全て(あてはまるものをレ点もしくは)記入してください

※定年再雇用、転籍など同日得喪時「既に被扶養者」である場合、申請事由が「出生」の場合は提出不要です。

## 被扶養者申請に伴う状況届

|          |               |        |       |
|----------|---------------|--------|-------|
| 被保険者証の記号 | 被保険者証の番号(左詰め) | 被保険者氏名 | 提出日   |
|          |               |        | 年 月 日 |

|                        |     |                 |    |    |
|------------------------|-----|-----------------|----|----|
| 扶養しようとする者の氏名<br>(フリガナ) | 性別  | 生年月日<br>(和暦で記入) | 年齢 | 続柄 |
|                        | 男・女 | 昭・平<br>令        | 才  |    |
|                        |     | 年 月 日           |    |    |

|  |   |                                    |
|--|---|------------------------------------|
| 1. 申請に至った理由 (あてはまるものをチェックしてください)                     |   |                                    |
| <input type="checkbox"/> 被保険者の入社に伴い、被扶養者となるため        | → | ・世帯全員分の住民票(続柄あり・個人番号表記なし)          |
| <input type="checkbox"/> 退職した、または自営業を廃業し無収入になった      | → | ・最新の所得(課税・非課税)証明書 (16歳未満の子と学生の子以外) |
| <input type="checkbox"/> 収入が減少した(口契約変更があった □契約変更はない) | → | ・離職票-1および離職票-2、自営業者は廃業届のコピー        |
| <input type="checkbox"/> 結婚したため                      | → | ・就業契約内容証明書、直近給与明細3か月分、収入見込証明など     |
| <input type="checkbox"/> 雇用保険の受給が終了                  | → | ・戸籍謄本もしくは受理証明書                     |
| <input type="checkbox"/> その他(理由 )                    | → | ・支給終了印がある雇用保険受給資格者証のコピー            |
|  |   | 理由によっては申立書を要提出                     |

|  |                              |                                      |
|--|------------------------------|--------------------------------------|
| 2. 扶養しようとする者が加入していた健康保険について (あてはまるものをチェックしてください) |                              |                                      |
| <input type="checkbox"/> 国民健康保険に加入していた           | →                            | ・国民健康保険証のコピーを添付                      |
| <input type="checkbox"/> 他健康保険組合の被保険者として加入していた   | →                            | ・健康保険資格喪失証明書を添付(退職による申請で離職票提出の場合は不要) |
| <input type="checkbox"/> 被保険者の入社以前より被保険者の被扶養者だった | <input type="checkbox"/> 無保険 | → ( 年 月 から現在まで未加入)                   |

3. 扶養しようとする者の今後1年間に見込まれる収入  
(「あり」「なし」のあてはまるほうにチェックしてください。「あり」の場合は金額を記入し「必要書類」を添付してください。)

| 収入内訳  |  | 年間収入額 | 必要書類  |
|---|--|-------|---|
| 給与収入(パート・アルバイト等)                            | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし | 円     | 給与明細直近3か月分の写し<br>複数勤務の場合は全勤務先分を提出             |
| 自営業収入(営業所得、事業所得、農業等)                        | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし | 円     | 直近の確定申告書の写し<br>収支内訳書、青色申告決算書の写し               |
| 不動産所得(賃貸収入等)                                | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし | 円     | 直近の確定申告書の写し<br>収支内訳書、青色申告決算書の写し               |
| 株式配当収入                                      | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし | 円     | 直近の確定申告書の写し                                   |
| 年金収入(老齢基礎・厚生年金、遺族年金、障害年金等全ての公的年金、企業年金、個人年金) | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし | 円     | 直近の年金振込通知書の写し、年金証書の写し                         |
| 出産手当金の受給<br>(出産予定日: 年 月 日)                  | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし | 円     | 母子手帳のコピー                                      |
| 傷病手当金の受給<br>(□請求中 □受給中)                     | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし | 円     | 金額、受給期間のわかる書類                                 |
| 雇用保険の失業給付<br>(□請求中 □受給中 □申請予定 □延長予定)        | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし | 円     | 雇用保険受給資格者証の写し(入手後)<br>延長の場合は雇用保険延長通知書の写し(入手後) |
| その他収入(上記以外)<br>( )                          | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし | 円     | 収入の内容・金額を証明する書類                               |

## 4. 同居・別居について

|   |  |
|---|--|
| 被保険者と扶養しようとする者は同居していますか?  |  |
| <input type="checkbox"/> はい   |  |
| <input type="checkbox"/> いいえ → <input type="checkbox"/> 被保険者が単身赴任中である |  |
| <input type="checkbox"/> その他の理由( ) → 毎月の仕送り額( 円)学生は金額の記入は不要           |  |
| ※ 単身赴任、学生以外の別居者がいる場合は、直近3か月分の送金が確認できる書類を添付(手渡し不可)                     |  |

## 5. 扶養しようとする者の世帯状況について ※申請対象者が「配偶者」か「子」の場合は記入不要

|   |   |          |
|---|---|----------|
| 申請対象者の配偶者について (□未婚・□離別・□死別)               | → | ・戸籍謄本を添付 |
| 他の親族からの仕送り額 (□あり 円/月 ・ □なし)               |   |          |
| 扶養対象者と同世帯に18歳以上の親族がいる場合、その親族が扶養できない理由 ( ) |   |          |

## 【被保険者の誓約と同意】

本届書に記載した内容は事実と相違ありません。事実と相違していた場合(虚偽)には、扶養認定日に遡り認定の取消が行われても異議を申し立てません。なお、認定基準に該当しなくなった場合は、速やかに被扶養者削除の手続きを行います。

また認定取消や届出遅延によりその間、貴健保が負担した医療費及び保険給付費等が発生した際は全額返金することを誓約します。

被保険者氏名署名