**扶養状況届【子】(16歳未満※出生時を除く)**

16歳未満のお子様を健康保険の被扶養者にしたい場合にご記入いただくものです。

扶養認定に基づく重要な書類となりますので、申請対象者1人につき1枚正確にご記入の上、健康保険被扶養者(異動)届及び添付書類と一緒に健保組合へご提出ください。

(※事由発生から1カ月以内に提出し、健保組合が受理した場合に限って、その事実が発生した日に遡って認定します。)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記入日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 被保険者 | 氏名 |  | | 保険証 | | 記号 | |
| 番号 | |
| 申請  対象者 | ふりがな  氏名 |  | 続柄 |  | 生年  月日 | H  R | 年　　月　　日 |
| 被保険者と  申請対象者は | | □同居　　　　□別居（住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| １．申請理由  及び事由発生日 | □被保険者がJ-オイルミルズ健保に加入した為  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 申請事由発生日　令和　　　年　　　月　　　日 |
| ２．今まで加入  していた健康保険について | □国民健康保険  □健康保険組合・協会けんぽ・共済組合等  □健康保険未加入（未加入期間　　年　　月　　日 ～ 　　年　　月　　日） |
| ３．被保険者の  配偶者について | ① □**配偶者あり** (以下ａ～ｃの該当するものに☑を記入してください)  ａ)□既に被扶養者である  ｂ)□今回一緒に被扶養者の申請を行う  ｃ)□被扶養者では無い　⇒配偶者の前年の収入を確認出来る証明書を提出  ★上記ｃにチェックの方は、  **被保険者、配偶者の収入について**ご回答ください。  　　※年間とは今後1年間の総収入見込額です。  被保険者の収入　　　（年間　　 　　　円）  　　　配偶者の収入　　　（年間　　 　　　円）  ＊夫婦共に被保険者の場合、子どもは年間収入が多い方の被扶養者となります。 |
| ② □**配偶者無し**　(以下ａ・ｂの該当するものに☑を記入してください)  ａ)□離婚、未婚、死別  ｂ)□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| ４．誓約書 | 私は、（申請対象者）　　　　　　　　　　　の被扶養者申請にあたって、必要書類を添付し提出いたします。今後当健保扶養者認定条件を満たさなくなった場合、あるいは他の健康保険の資格を取得する場合は、すみやかに申出いたします。  上記に反した場合は、被扶養者の資格を取消されても異議ないとともに、当該期間に発生した医療費の全額及びその他給付金を過去に遡及し返還いたします。  被保険者氏名：　　　　　　　　　　　　㊞  （氏名を自署した場合押印不要） |

注）健保組合ホームページの「被扶養者認定提出書類一覧」をご確認の上、該当する書類を添付してご提出ください。