

扶養状況届

申請被扶養者一人につき一枚ご提出ください。

(※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。)

被保険者	氏名	健保 太郎	保険証 記号 番号	8×× ××××	被保険者と 申請被扶養者は	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
申請 被扶養者	ふりがな 氏名	けんぼ はなこ 健保 花子	続柄	妻	生年 月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 ××年 ××月××日 (記入日現在 ××歳)

申請事由	<input type="checkbox"/> 被保険者の入社 <input type="checkbox"/> 結婚 <input checked="" type="checkbox"/> 収入の減少 <input type="checkbox"/> 任継資格喪失 <input type="checkbox"/> 自営業廃業 <input type="checkbox"/> 雇用保険等の受給終了 <input type="checkbox"/> 退職(雇用保険は <input type="checkbox"/> 受給する <input type="checkbox"/> 受給しない <input type="checkbox"/> 延長申請 <input type="checkbox"/> 受給権なし) <input type="checkbox"/> その他 ()	
	申請事由発生日 令和 ××年 ××月 ××日	
今までの 健康保険	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input checked="" type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他	
	健康保険名	〇〇〇〇〇健康保険組合
	資格	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 <input type="checkbox"/> 健康保険未加入
現在の 収入	前年の収入	〇,〇〇〇,〇〇〇円
	今年の今までの収入	〇,〇〇〇,〇〇〇円
	現在の生活費	<input type="checkbox"/> 本人の収入で何とかやっている <input type="checkbox"/> 全面的に被保険者が負担している <input checked="" type="checkbox"/> 本人の収入と被保険者の負担でやっている <input type="checkbox"/> 被保険者以外にも負担している人がいる
	被保険者の負担額	〇〇〇,〇〇〇 円/月 (直近3ヶ月平均)
	被保険者以外の負担額	〇〇〇,〇〇〇 円/月 (直近3ヶ月平均)
今後の 収入	就労状況	<input type="checkbox"/> 学生(収入なし) <input type="checkbox"/> 学生(収入あり) <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 求職活動中 <input type="checkbox"/> 家事(収入なし) <input type="checkbox"/> 家事(収入あり) <input type="checkbox"/> 自営業(業種:) <input type="checkbox"/> 無職(その理由:)
	今後1年間の推定収入(含アルバイト・年金・雇用保険・利子等) 〇,〇〇〇,〇〇〇円	
家族	申請被扶養者からみた被保険者以外の家族(除18歳未満)はいらっしゃいますか? <input type="checkbox"/> 配偶者(<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居) <input type="checkbox"/> 子供(<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居) <input type="checkbox"/> 父親(<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居) <input type="checkbox"/> 母親(<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居) <input type="checkbox"/> 義父(<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居) <input type="checkbox"/> 義母(<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居) <input type="checkbox"/> 兄姉(<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居) <input type="checkbox"/> 弟妹(<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居) <input type="checkbox"/> その他同居の家族(続柄:)	
誓約 (※この欄は 申請被扶養者 本人が記入して ください)	私は、(申請対象者) <u>健保 花子</u> の被扶養者申請にあたって、現在の状況及び収入は扶養の基準内である証明として、必要書類を添付し提出いたします。今後収入が扶養の基準を超える場合、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: <u>健保 太郎</u> (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。