

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	健康 太郎		保険証	記号8○○	
					番号○○○○	
申請対象者	ふりがな	けんこう だいち	続柄	長男	生年	H
	氏名	健康 大地			月日	R 24年 8月 7日
被保険者と申請対象者は	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（住所： ）					

1. 申請理由及び事由発生日	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者がJ-オイルミルズ健保に加入した為 <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 健康保険組合・協会けんぽ・共済組合等 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者あり（以下a～cの該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください） a) <input type="checkbox"/> 既に被扶養者である b) <input type="checkbox"/> 今回一緒に被扶養者の申請を行う c) <input checked="" type="checkbox"/> 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 6,500,000円) 配偶者の収入 (年間 2,000,000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 <input type="checkbox"/> 配偶者無し（以下a・bの該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください） a) <input type="checkbox"/> 離婚、未婚、死別 b) <input type="checkbox"/> その他（ ）
-----------------	---

4. 誓約書	私は、(申請対象者) 健康 大地 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： 健康 太郎 ㊞ (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。