

被扶養者認定チェックシート

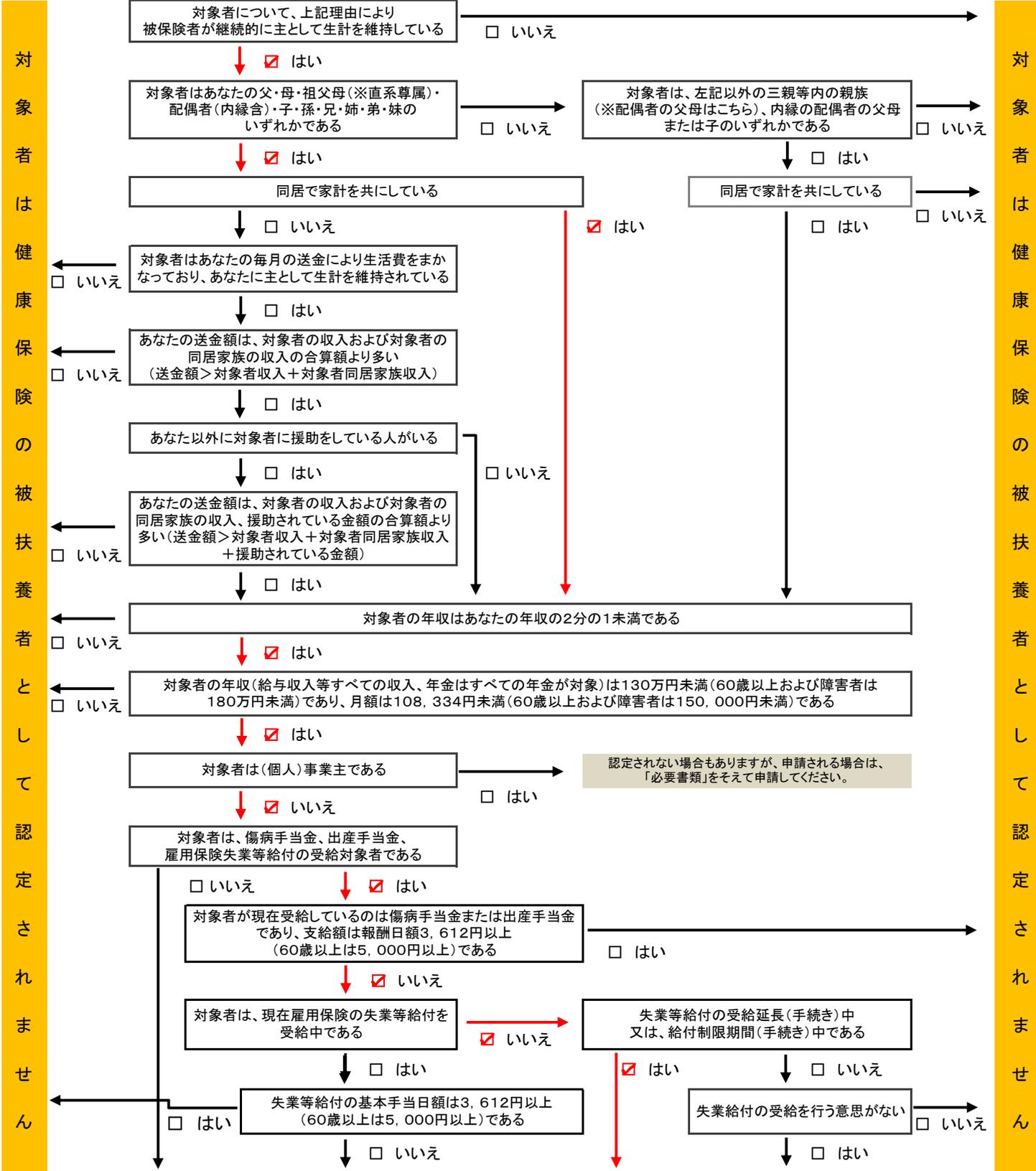
【22歳以上(大学卒業以上)の方は要提出】

被保険者氏名 **健保 太郎**

対象者氏名 **健保 花子**

被扶養者申請理由
 ① 配偶者・子の退職 ② 親の退職 ③ 退職→パート ④ 収入減 ⑤ 結婚(退職)
 ⑥ 結婚(無職・または数年前に退職、またはパート) ⑦ 雇用保険受給終了 ⑧ 入所に伴う(無職・無収入)
 ⑨ 入所に伴う(パート) ⑩ その他(理由: 空欄は認定不可)

チェック開始
 (はい・いいえにチェックを入れて進んでください)



対象者は被扶養者として認定される可能性があります。「必要書類」をそろえて申請してください

健康保険 被扶養者申請調書

被扶養者申請調書の提出にあたり、別紙「被扶養者申請手続きについて」を一読し内容について同意しました。
 下記の申請内容に虚偽があった場合には、扶養認定日に遡り被扶養者資格を取消されても異議はありません。
 なお、その間にかかった医療費や保健事業費等、貴健保組合が負担した費用は全て私が返還致します。
 また、就職や収入増加等、被扶養者状況に変動があった場合には、速やかに連絡し、必要な手続きを行います。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日申請

勤務先事業所名 EY ○○○○○○○○

被保険者証の記号 ○ 番号 ○○○○ 被保険者氏名 健保 太郎 健保 太郎

■扶養申請対象者について回答してください。

フリガナ	ケンボ ハナコ	性別	続柄	生年月日	現住所
氏名	健保 花子	女	妻	S H R ○.○.○	東京都○○区○○町1-1-1

【1】被扶養者として申請することになった経緯を教えてください ※未記入の場合は差し戻します。

被扶養者として申請する具体的な理由を記入(対象者の状況、扶養されるまでの経緯、他の扶養義務者が扶養できず被保険者が扶養せざるを得なくなった経緯等を詳しく)

**妻が妊娠のため会社を退職したことに伴い、主として生計を維持することとなった。
 今後出産後もしばらくは失業給付の受給を延長するため収入がないので、被扶養者として申請を行いたい。**

【2】今回、扶養申請する方について記入してください(該当事項のいずれかに○をし、記入箇所はもれのないようにしてください)

1. 現在、加入している健康保険はありますか <small>※被保険者の入所に伴い、前職から引き続き被扶養者申請を行う方は、入所日前の加入健保を最終加入健保として記入してください。</small>	<input checked="" type="radio"/> いいえ	最終加入健保組合名 (○△健康保険組合) ○年 ○月 ○日 資格喪失
	<input type="radio"/> はい	任意継続 ・ 国民健康保険 ・ 勤務先の健康保険 ・ 各種共済組合 ・ 他の家族の被扶養者
2. 所得税の扶養控除申請をしていますか	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ 理由必ず記入(今年で退職までの収入が103万円を超えるため。来年度は申請予定)
3. 現在働いていますか	<input checked="" type="radio"/> いいえ	退職事由: 定年 ・ 結婚 ・ 会社都合 出産(予定日: 12月1日) その他()
	<input type="radio"/> はい	退職日: 年 月 日 勤務先: 1ヶ月の収入額: 円
4. 過去2年の間に働いていた方は、雇用保険(失業等給付)の受給状況について教えてください <small>※基本手当日額が3,612円(60歳以上は5,000円)以上の場合、受給中は被扶養者になることはできません</small>	受給中	年 月 日から 月 日頃までの予定 基本手当日額: 円
	申請中 申請予定	受給資格者証写し提出予定日 【 年 月 日 】 <small>※申請日より2ヶ月以内に要提出 未提出の場合は扶養取消もあり</small>
	<input checked="" type="radio"/> 延長中 延長予定	理由(妊娠出産のため) 通知書提出予定日 【 ○年 ○月 ○日 】
	受給終了	受給終了日: 年 月 日
	受給しない	理由()
	未加入	
5. 現在、収入がありますか <small>※給与には通勤手当を含みます。 一時的な収入(退職金・相続等)は、ここでいう「収入」とはみなしません。 また「収入」とは 税・保険料等控除前の「総収入」のことであり、「所得」ではありません。 「年間収入」とは税法上とは異なり、収入を得た日から向こう1年間の収入見込額のことです。</small>	給与	<input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい 年間収入額: 円 ※パート・アルバイト含む
	年金	<input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい (年金(年額 円)) (年金(年額 円)) <small>※年金は、老齢・遺族・障害・恩給・基金・労災補償等すべてを含む</small>
	その他	<input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい 配当・利子・不動産収入・雑収入・その他() (月額 円) もしくは(年額 円)
6. 被保険者とは同居していますか	<input checked="" type="radio"/> 同居	
	<input type="radio"/> 別居	別居の理由() 1ヶ月の送金額(月額 円)
7. 保険診療の自己負担分の全額または一部について、国や地方自治体の助成を受けていますか	<input type="radio"/> はい	お手元にある医療証等のコピーを提出してください
	<input checked="" type="radio"/> いいえ	

【3】扶養申請対象者以外のご家族について教えてください (扶養申請対象者が配偶者・子の場合は記入不要)

1. 扶養申請対象者に同居家族はいますか	<input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい	同居家族が扶養できない理由()				
2. 優先扶養義務者の有無を確認するため、ご家族の情報を記入してください。※続柄は扶養申請対象者からみた関係でご記入下さい。						
氏名	続柄	年齢	職業	年収	同別居	住所
					同・別	
					同・別	
					同・別	