

※ 子の出生による申請時、この用紙は不要です。

記入日 令和 年 月 日

【被扶養者認定申請書】

| 記号 | 番号 | 被保険者氏名（異動届A欄氏名） |
|----|----|-----------------|
| | | (印) |

| ※健康保険組合記入欄 | |
|------------|-------|
| 月給 | 年間収入額 |
| 円 | 円 |

以下の A～Hまでの項目をご記入ください。（裏面あり）記入漏れのないようお願い致します。

A. 申請したいご家族（以下、認定対象者とする）のことを、ご記入ください。

| 認定対象者氏名（異動届 B 欄またはその他被扶養者欄氏名） | | 居住状況 | |
|-------------------------------|----------------------------|---|--|
| フリガナ _____ お名前 | | <input type="checkbox"/> 同居 ・ <input type="checkbox"/> 別居 | |
| 生年月日 | 昭・平・令 _____年 _____月 _____日 | 被保険者からみた 続柄 | |

| 必要書類 |
|---|
| 【住民票】 世帯全員分で続柄の記載があり 直近 3 ヶ月以内に発行されたもの ※住民票が別世帯の場合、世帯ごとに必要 （上記条件に加え戸籍筆頭者も記載） |

B. 申請の理由、理由が発生した日についてご記入ください。

| 今回どのような理由での申請ですか？（いずれか1つのみ） | 理由が発生した日はいつですか？ | 必要書類 |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 被保険者が社会保険に加入した（社会保険加入日） <input type="checkbox"/> 結婚した（入籍日） <input type="checkbox"/> 認定対象者が退職した（退職日の翌日） <input type="checkbox"/> 収入が減少した（契約変更日 または 社会保険喪失日） <input type="checkbox"/> その他の理由： _____（理由発生日） | 左記（ ）内の日付を記入 令和 _____年 _____月 _____日 | 【婚姻受理証明書】 退職日がわかる書類 例：【退職証明書】・【離職票】など 【変更前・後の雇用契約書】または 【社会保険喪失証明書】 左記の理由がわかる書類 |
| 【ご注意ください】 扶養の認定は原則、理由発生日となります。ただし書類提出の遅延や不備により1ヶ月を超える場合 健保受理日となります。また、審査により加入できない場合がございますので予めご了承ください。 | | |

C. 認定対象者の健康保険加入状況についてご記入ください。

| |
|---|
| 現在、加入している または 加入していた健康保険は？ |
| <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険（健康保険組合・協会けんぽ・共済組合等） → ※社会保険に☑をした方は、以下もご記入ください。 <input type="checkbox"/> 被保険者として加入 <input type="checkbox"/> 被扶養者として加入 → 被保険者のお名前： _____ 続柄： _____ <input type="checkbox"/> 任意継続保険に加入中 ・ <input type="checkbox"/> 加入していた : 令和 _____年 _____月 _____日まで <input type="checkbox"/> 現在どの健康保険にも加入していない → 最後に加入していた健康保険の脱退日：令和 _____年 _____月 _____日まで |

D. 認定対象者の生計費負担割合についてご記入ください。

| |
|---|
| 認定対象者の生活費(全部で 10 割)を誰がどのくらいの割合で負担をしていますか？ |
| 被保険者 _____ 割 認定対象者 _____ 割 その他：続柄 _____ 割 |

E. 認定対象者と現在別居している場合、ご記入ください。 ※同居の場合、裏面へ

| 別居の理由は？ | 必要書類 | 認定対象者と同居している方はいますか？ |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 被保険者の単身赴任 | 【事業主の証明書（原本）】 | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → その方の続柄： _____ 年収： _____ 万円 |
| <input type="checkbox"/> 認定対象者の通学 | 【在学証明書】 | |
| <input type="checkbox"/> 認定対象者の施設入所・長期入院 | 【入所証明書または入院証明書】 | |
| <input type="checkbox"/> その他： _____ | 【仕送り額を証明する書類直近 3 ヶ月分】 ※賞与等でまとめて送金は不可。 認定対象者に収入(Gに記載のもの)がある場合は その収入を超える仕送り額 | |

→ 裏面も必ずご記入お願い致します。

F. 認定対象者の現在の状況についてご記入ください。

| 認定対象者は学生ですか？ | 必要書類 | |
|--|-----------------|--|
| <input type="checkbox"/> 学生ではない → G へ | 【所得証明書】 | 【所得証明書】とは 役所で取得できる収入について記載されている書類（住民票と一緒に取得可） 窓口にて最新のものをご依頼ください |
| <input type="checkbox"/> 中学生以下 → H(2) へ | | |
| <input type="checkbox"/> 高校生以上の昼間学生 → H(1) へ | 【学生証】 | |
| <input type="checkbox"/> 夜間学生 または 通信制 → G へ | 【学生証】 + 【所得証明書】 | |

G. 認定対象者の収入状況(申請日以降の見込額)すべてについてご記入ください。 ※中学生以下および昼間学生は、記入不要

| □ 収入ありの場合 | | 必要書類 |
|--|--|--|
| ↳ 該当する収入をすべてご記入ください(複数回答可) | | |
| <input type="checkbox"/> 給与収入 → 年収見込額： _____ 万円 | | 【直近3ヶ月分の給与明細】 |
| <input type="checkbox"/> 年金・恩給等収入 → 年収見込額： _____ 万円 (年金の種類：厚生・国民・遺族・障害・恩給・共済・その他) | | 【年金振込通知書】 または 【年金裁定(改定)通知書】 |
| <input type="checkbox"/> 事業収入等 → 年収見込額： _____ 万円 (事業収入の種類：事業・不動産・原稿料・印税・利子・配当・農業・その他) | | 【確定申告書】 + 【収支内訳書】 |
| <input type="checkbox"/> 健康保険や労災保険の給付 → 受給見込額： _____ 万円 (給付の種類：健康保険「 _____ 」・労災保険「 _____ 」) | | 【支払決定通知書】 |
| □ 収入なしの場合 | | |
| ↳ 1年以内に働いたことはありますか？ | | |
| <input type="checkbox"/> いいえ | | |
| 所得証明書の給与収入欄に金額の記載がありますか？ | | 必要書類 |
| <input type="checkbox"/> はい | | 直近に退職した勤務先の退職日がわかる書類 例：【退職証明書】・【離職票】・【退職日記載の源泉徴収票】など |
| <input type="checkbox"/> いいえ | | |
| <input type="checkbox"/> はい | | |
| 失業給付の状況は？ (いずれか1つのみ) | | 必要書類 |
| <input type="checkbox"/> 現在受給中／受給終了 | | 【受給資格者証(両面)】 |
| <input type="checkbox"/> これから受給する | | 【離職票1と2】 または 【受給資格者証(両面)】 |
| <input type="checkbox"/> 現在受給期間を延長中 | | 【受給期間延長通知書】 |
| <input type="checkbox"/> 受給しない (加入期間不足・受給意思なし) | | 【離職票1と2(原本)】 または 【雇用保険資格喪失確認通知書(原本)】 |
| <input type="checkbox"/> 勤務先にて雇用保険非加入 | | 退職日がわかる書類 + 雇用保険料が徴収されていない事がわかる書類 例：【退職証明書】・【離職票】 + 【源泉徴収票】・【給与明細】 など |

H. 被保険者以外に認定対象者を扶養すべき人の有無を確認します。 ※認定対象者が配偶者の場合、Hの記入不要

| | |
|--|---|
| (1) 認定対象者に配偶者はいますか？ (中学生以下の申請の場合は(1)の記入不要です) | |
| <input type="checkbox"/> いいえ → <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死別 (遺族年金：有・無) <input type="checkbox"/> 離婚 慰謝料年額： _____ 万円 | |
| <input type="checkbox"/> はい → 配偶者の年収(年金収入含)： _____ 万円 扶養できない理由： _____ | |
| (2) 認定対象者からみたア～エのご家族の状況をご記入ください。ただし続柄によって記入箇所が異なるため、以下をご確認ください。 認定対象者が「子 → ア・イ」「(義)父母 → ウ」「孫 → ア・イ」「祖父母 → ウ」「その他 → ア・イ・ウ・エ」 | |
| ア. 父について | <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 死別 (遺族年金：有・無) <input type="checkbox"/> 離婚 養育費年額： _____ 万円 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 収入なし <input type="checkbox"/> 収入有(年金含む) 年収： _____ 万円 扶養できない理由： _____ |
| イ. 母について | <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 死別 (遺族年金：有・無) <input type="checkbox"/> 離婚 養育費年額： _____ 万円 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 収入なし <input type="checkbox"/> 収入有(年金含む) 年収： _____ 万円 扶養できない理由： _____ |
| ウ. 被保険者以外の子について | <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる → 年収： _____ 万円 扶養できない理由： _____ |
| エ. 被保険者以外の兄弟姉妹について | <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる → 年収： _____ 万円 扶養できない理由： _____ |

→ ご記入ありがとうございました。