

# 被扶養者状況届

保険証 記号 \_\_\_\_\_ 番号 \_\_\_\_\_  
 被保険者氏名 \_\_\_\_\_ 所属 \_\_\_\_\_

## I 被扶養者として申請するものの氏名 ※続柄は正確に記述してください。(例)長男・義母・養母等

氏名		生年月日	S・H	年	月	日	続柄	
----	--	------	-----	---	---	---	----	--

## II 被扶養者として申請する理由 ※扶養するにいたった経緯を詳しく記入してください。

## III 対象者の今まで加入していた保険

<input type="checkbox"/> 国民健康保険	<input type="checkbox"/> 組合健保	<input type="checkbox"/> 任意継続 (退職後)
<input type="checkbox"/> 協会健保	<input type="checkbox"/> 共済組合	<input type="checkbox"/> その他 ( )

## IV 医療費の助成について ※有①②④の場合は支給資格者証(写)を提出してください。

<input type="checkbox"/> 有	①障害者医療 ②母子家庭医療 ③乳幼児・子ども医療 ④その他( )	<input type="checkbox"/> 無
----------------------------	-----------------------------------	----------------------------

## V 申請者の配偶者の有無 ※申請者が配偶者以外るとき記入してください。

<input type="checkbox"/> 有	①配偶者が加入している健康保険の種類 <input type="checkbox"/> 社会保険(被保険者・被扶養者) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 ②配偶者の年間収入( 円)
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> その他( )

## VI 申請対象者の離職による申請の場合

離職日	平成 年 月 日	離職理由	
離職先名	〒	入社日	S・H 年 月 日
雇用保険(失業給付金)状況		添付書類/注意事項	
<input type="checkbox"/> 離職票がまだ交付されていない		退職証明書等	
<input type="checkbox"/> 離職票は交付されているが、手続き行っていない →手続き予定日(平成 年 月 日頃)		離職票 1,2(写) ※注(1)	
<input type="checkbox"/> 受給制限期間中 → 受給開始日(平成 年 月 日)		支給資格者証(写)	
<input type="checkbox"/> 延長中・ <input type="checkbox"/> 延長予定 → 延長理由( )		延長通知書(原本) ※注(2)	
<input type="checkbox"/> 現在、受給していないし、今後も受給しないつもり		離職票 1,2(原本)	
<input type="checkbox"/> 支給資格がない → (理由 )		未加入が証明できるもの	
<input type="checkbox"/> 支給終了		支給資格者証(写) ※注(3)	

## VII 認定対象者の収入について

※収入がある場合は市区町村長発行の所得証明書の提出が必要です。

収入の内訳	収入の有無	収入金額と種別 ※収入がある場合は金額を記入し、種別を丸で囲んでください。
勤労収入	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	月額( 円) ※注(4) 正社員・パート・アルバイト・その他( )
年金	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	年額( 円) ※注(5) 厚生・国民・共済・農業者・私的・企業・障害・労災補償・恩給 遺族年金・その他( ) ※該当するものすべてに○
事業収入	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	月額( 円) ※注(6) 自営・農業・その他( )
不動産収入	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	年額( 円) ※注(6)
保険給付金	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	月額( 円) 雇用保険・労災保険・傷病手当金・出産手当金・その他( )
その他収入	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	月額( 円) 種別( )

## VIII 被保険者と認定対象者の住所の確認

<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居(毎月の仕送り額 円)
※別居の場合は、金融機関等の送金を証明する書類を添付(直近3ヶ月分)	

## IX 家族構成

氏名	年齢	続柄	職業	月収	住居
				円	同居・別居
				円	同居・別居
				円	同居・別居
				円	同居・別居

本届に相違ありません。届出の要件が事実と異なることが判明した場合は、本届出の要件と実事が相違した日にさかのぼって認定を取消し、その間組合が支給した医療費及び給付金のすべてを返還いたします。

平成 年 月 日

被保険者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

注(1) 手続終了後、支給開始日が決定したら、速やかに健康保険組合に報告してください。  
 注(2) 延長予定の場合は退職日から30日経過しないと手続きができませんので離職票(写)か退職証明書を添付してください。  
 注(3) 受給終了の印字があるもの、または残日数から終了日がわかる支給資格者証を提出してください。  
 注(4) 勤労収入のある方は別紙の就労証明書を提出してください。  
 注(5) 年金収入のある方は、直近の年金改定通知書の写しを提出してください。  
 注(6) 事業収入及び不動産収入がある場合は確定申告書の写しを提出してください。  
 ◇この届出は健康保険組合の業務にのみ使用し、その他のものには使用いたしません。◇