

# 被扶養者状況届

保険証記号 \_\_\_\_\_ 番号 \_\_\_\_\_ **保険証に記載されています**  
被保険者氏名 **健康 太郎** 所属 **(株)トーエネック〇〇部**

**記入例**

## 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 | <b>健康 花子</b> | 生年月日 | <b>S</b> ・H <b>60</b> 年 <b>2</b> 月 <b>22</b> 日 | 続柄 | <b>妻</b> |
|----|--------------|------|--|----|----------|

## 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。

**私の妻、花子は平成27年10月10日出産予定のため、会社を退職し、無職無収入であり、現在私の収入で生計維持しているため。**

## 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 checked="" 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 **病院での窓口負担に対し助成を受けている場合に記入。**

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

## V 申請者の配偶者の有無 ※申請者が配偶者以外の場合記入

|                            |   |                              |
|----------------------------|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 有 | ①配偶者が加入している健康保険の種類<br><input type="checkbox"/> 社会保険(被保険者・被扶養者) <input type="checkbox"/> 国民健康保険<br>②配偶者の年間収入( )円     | <b>例えば、父母や兄弟等の親族の申請時に記入。</b> |
| <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 <b>27</b> 年 <b>7</b> 月 <b>31</b> 日 | 離職理由             | <b>出産・育児のため</b>                       |
| 離職先名  | <b>健康第一株式会社</b> Tel.〇〇〇-〇〇〇〇          | 入社日              | S・H <b>19</b> 年 <b>4</b> 月 <b>1</b> 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<br>→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)  |                                       | 受給資格者証(写)        |                                       |
| <input type="checkbox"/> 延長中・ <input checked="" type="checkbox"/> 延長予定 → 延長理由( <b>出産・育児</b> ) |                                       | 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"/> 受給資格がない → (理由 )  |                                       | 未加入が証明できるもの      |                                       |
| <input type="checkbox"/> 受給終了   |                                       | 受給資格者証(写) ※注(3)  |                                       |

## VII 認定対象者の収入について

| 収入の内訳 | 収入の有無   | 収入金額と種別<br>※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 checked="" type="checkbox"/> 無 | 月額( )円 ※注(4)<br>正社員・パート・アルバイト・その他( )                                      |
| 年金    | <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 年額( )円 ※注(5)<br>厚生・国民・共済・農業者・私的・企業・障害・労災補償・恩給<br>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 checked="" type="checkbox"/> 無 | 月額( )円 ※注(6)<br>自営・農業・その他( )  |
| 不動産収入 | <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 年額( )円 ※注(6)  |
| 保険給付金 | <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 月額( )円<br>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 checked="" 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 checked="" 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 その他の家族構成

| 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 |

**申請者以外で生計を共にしている家族がいれば記入。(別居含む)**

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。 **※必ず日付を記入して下さい → 平成27年8月1日**  
被保険者氏名 **健康 太郎** 印 **健康**

注(1) 手続終了後、受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受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。◇