

健康保険 被扶養者申請調書

令和 年 月 日申請

被保険者	事業所名	部署名	保険証の記号・番号	フリガナ		印
			-	氏名		

下記のとおり、私の被扶養者として申請します。

フリガナ		性別	続柄	生年月日	現住所
被扶養者氏名				昭・平 令 生	

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

1. 扶養申請対象者が配偶者の場合、入籍日を記入ください。		年 月 日
2. 所得税の扶養控除申請をしていますか。	いいえ はい	年 月 申請済
3. 今まで在職していましたか。	いいえ はい	勤務先 退職事由 定年・結婚・出産・その他() 退職日 年 月 日
4. 雇用保険(失業給付)の受給予定はありますか。	いいえ はい	月 日頃から 月 日頃までの予定(日額 円) 受給していない理由

注)雇用保険(失業給付)が日額が3,612円(60歳以上は5,000円)以上あれば受給中は扶養になれません。雇用保険受給資格者証のコピーを添付のこと。

5. 出産の予定はありますか。	いいえ はい	出産予定日 年 月 日
6. 出産手当金または傷病手当金の受給予定はありますか。	いいえ はい	出産手当金 月 日頃から 月 日頃までの予定(日額 円) 傷病手当金 月 日頃から 月 日頃までの予定(日額 円)

注)出産手当金または傷病手当金が日額が3,612円(60歳以上は5,000円)以上あれば受給中は扶養になれません。

7. 現在、収入がありますか。 [いいえ・はい] 年間収入額(円)	内 訳	雇用保険(失業給付)	いいえ はい	月 日から 月 日まで(日額 円)
		出産手当金	いいえ はい	月 日から 月 日まで(日額 円)
		傷病手当金	いいえ はい	(円)
		年金	いいえ はい	(円) (月額 円)
		恩給	いいえ はい	(円) (月額 円)
※年金・恩給の受給者は直近の「年金改定通知書」コピーも添付。		その他	いいえ はい	配当利子・家賃収入・パート・その他() (月額 円)もしくは(年額 円)

8. 現在、加入の健康保険はありますか。	いいえ	最終加入していた健康保険組合() 年 月 日 喪失
※退職後の任意継続の場合は「任継」と記入のこと。	はい	国民健康保険 市町村名 () 政府管掌健保 会社名 () 組合・共済・船員 組合名 ()

9. 被保険者とは現在同居していますか。	同居 別居	年 月から
----------------------	-------	-------

10. 扶養申請対象者と同居の家族はいますか。	いいえ はい	同居家族が扶養できない理由
-------------------------	--------	---------------

11. 扶養申請対象者に優先扶養義務者がおられないか確認するため被保険者本人を含めたご家族の情報を記入ください。
注)続柄は扶養申請対象者からみた関係で記入ください。扶養申請対象者の記載は不要です。

氏名	続柄	年齢	職業	勤務先	月収万円	同別居	住所
						同・別	
						同・別	
						同・別	

★被扶養者として申請することになった理由 (現況も含めて具体的に記入してください)	★上記9で別居とされた場合のみ記入。 あなたは、扶養申請対象者に毎月どの程度の程度の生計費を援助していますか。 1か月の仕送り金額は (月額 円) 1年間の仕送り金額は (年額 円)
--	--

常務理事	事務長	担当