

健康保険 被扶養者申請調書

令和〇〇年〇〇月〇〇日申請

被保険者	事業所名 〇〇株式会社	部署名 〇〇部	保険証の記号・番号 00 - 000000	フリガナ 氏名	ケノホ 太郎 健保 太郎	印
------	----------------	------------	--------------------------	------------	-----------------	---

下記のとおり、私の被扶養者として申請します。

フリガナ 被扶養者氏名	ケノホ ハナコ 健保 花子	性別 女	続柄 妻	生年月日 昭(平) 00. 00. 00 生	現住所 〇〇県〇〇市△△町1-2-3
----------------	------------------	---------	---------	---------------------------	-----------------------

★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〇をし、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。			〇〇年 〇〇月 〇〇日		
2. 所得税の扶養控除申請をしていますか。	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	年 月 申請済		
3. 今まで在職していましたか。	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	勤務先	〇〇株式会社	
			退職事由	定年・結婚・ <input checked="" type="radio"/> 出産・その他()	
			退職日	〇〇年 〇〇月 〇〇日	
4. 雇用保険(失業給付)の受給予定はありますか。	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 出産後は子育ての為、再就職の予定がない				
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。	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	出産予定日	〇〇年 〇〇月 〇〇日	
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。	出産手当金 <input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	〇〇月 〇〇日頃から 〇〇月 〇〇日頃までの予定(日額 〇〇〇〇 円)		
	傷病手当金 <input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	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。	[<input checked="" type="radio"/> いいえ・ <input type="radio"/> はい] 年間収入額(円)	雇用保険(失業給付)	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	月 日から 月 日まで(日額 円)
		出産手当金	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	月 日から 月 日まで(日額 円)
		年金	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	(年金)(月額 円)
		恩給	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	(恩給)(月額 円)
		その他	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 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)
※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。					
8. 現在、加入の健康保険はありますか。	<input checked="" type="radio"/> いいえ		最終加入していた健康保険組合(<input checked="" type="radio"/> 健康保険組合)		
	<input type="radio"/> はい		〇〇年 〇〇月 〇〇日 喪失		
			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。	<input checked="" type="radio"/> 同居	<input type="radio"/> 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。	<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		

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
健保 太郎	夫	〇〇	会社員	〇〇株式会社	〇〇	<input checked="" type="radio"/> 同・ <input type="radio"/> 別	〇〇県〇〇市△△町1-2-3
						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)

出産の為、会社を退職したが、今後は育児に専念し、再就職の予定がない為

★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ヵ月の仕送り金額は (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