

健康保険被扶養者現況申立書

提出日：年 月 日

I. 被保険者(平和堂健康保険組合加入者)について

被保険者の記号・番号	被保険者の氏名	所属会社・部室店名
—		

II. 今回、扶養申請する家族について ※今回申請する家族1人につき1枚提出してください。

申請する家族の氏名	申請する家族の生年月日	年齢	続柄
	年 月 日	歳	

Q1 今回、家族を扶養として申請することになった理由について、該当する項目(1)～(6)のうちいずれかを○で囲み、必要事項を記入してください。

- (1) 入社(取得)にともなう申請
- (2) 結婚 (入籍日： 年 月 日)
- (3) 離婚 (離婚日： 年 月 日)
- (4) 退職 (退職日： 年 月 日)
- ※元勤務先を記入 ()
- ※雇用保険の失業給付について、該当する項目を○で囲み、必要事項を記入してください。
- ①受給資格がない
- ②受給資格があるが受給しない
- ③受給終了 (年 月 日 終了)
- ④受給中 (年 月 日 より 日間)
- ⑤受給申請中 (年 月 頃より受給開始予定)
- ⑥延長中・延長予定も含む (年 月 頃申請予定)
- (5) 廃業 (廃業日： 年 月 日)
- ※ 廃業の場合『廃業届(写し)』を添付ください
- (6) 上記(1)～(5)に該当しない場合、あなたが、その家族を扶養しなければならない具体的な理由を記入ください。(別紙記入でも可)

Q2 今回申請する家族が、今まで加入していた健康保険について該当する項目(1)～(4)のうちいずれかを○で囲み、必要事項を記入してください。

- (1) 国民健康保険 世帯主の氏名 ()
- (2) 健康保険組合の (被保険者・被扶養者)として加入していた。
- (3) 政府管掌健康保険の (被保険者・被扶養者)として加入していた。
- (4) 共済組合の (被保険者・被扶養者)として加入していた。
- (2),(3),(4)で、被扶養者として加入していた場合記入してください。
- 被保険者の氏名 () 今回申請する家族からみた続柄 ()

Q3 今回申請する家族を扶養する義務があると思われる方について、該当する項目(1)の①～④または(2)を○で囲み、状況にあわせて必要事項を記入してください。

- (1) 今回申請する家族が【子】の場合、あなたの配偶者は？
- ① 今回同時に申請または、既に平和堂健康保険組合の被扶養者
- ② 離別・未婚 (親権：無・有)
- ※申請する家族に対して養育費をもらっていますか？：無・有 (金額:毎月 円)
- ③ 死別
- ④ 上記①～③に該当しない場合は、配偶者の所得証明書(市町村役場発行)及び直近3ヶ月分の給与明細書の写し又は給与支払及び支払見込証明書を添付ください。

- (2) 今回申請する家族が、【配偶者】【子】以外の場合、その家族を扶養する義務のある方について記入してください。

例Ⅰ)父を申請する場合、あなたの母、兄弟姉妹について記入ください。
例Ⅱ)義母の場合、義父、あなたの配偶者、配偶者の兄弟姉妹について記入ください。

氏名	続柄	年齢	職業	月収	住居区分	申請する家族への生活費等の援助
				万円	同居・別居	無・有(毎月 円)
				万円	同居・別居	無・有(毎月 円)
				万円	同居・別居	無・有(毎月 円)
				万円	同居・別居	無・有(毎月 円)

Q4 あなたと申請する家族の住居区分について、該当する項目を○で囲み、必要事項を記入してください。

- (1) 現在あなたと今回申請する家族は同居していますか？
- ① 同居
- ② 別居
- (2) 別居の場合、その理由は？
- ① あなたが単身赴任のため
- ② 申請する家族が就学のため
- ③ 申請する家族が施設に入所・入院のため
- ④ その他()
- (3) 別居の場合、あなたから申請する家族への送金は？
- ① していない
- ② している(毎月 円) ※送金している場合は、直近3ヶ月分の送金証明(銀行・郵便局振込、現金書留の控えの写し)を添付してください。手渡しは原則認められません。

Q5 今回申請する家族の現在の収入について、該当する項目を○で囲み、必要事項を記入してください。

現在の状況		収入の有無	年間収入
(1) 会社・商店で働いている ①正規 ②パート ③アルバイト ④その他()	給料	有 ・ 無	円
	賞与	有 ・ 無	円
(2) 自営業を営んでいる ①自営 ②農業 ③漁業 ④その他()		有 ・ 無	所得額
			円
※60歳以上の方は必ず記入してください。			
(3) 年金・恩給を受給している ①公的年金(老齢・遺族・障害年金等) ②私的年金 ③企業年金 ④恩給 ⑤その他()		有 ・ 無	円
(4) 保険給付金を受給している ①雇用保険 ②労災保険 ③傷病手当金 ④出産手当金		有 ・ 無	円
(5) その他の収入(所得)がある ①不動産収入 ②利子配当所得 ③その他()		有 ・ 無	円
年間収入合計(収入を証明する書類を添付)			円

※収入がない場合は0円と記入してください

被保険者署名欄

本届の申告に事実と相違があった場合、被扶養者の認定を取り消すとともに、その間にかかった医療費・保険給付費等健康保険組合が負担した金額を全額返納いたします。

被保険者氏名 (自署)

『被扶養者認定に必要な書類』(ホームページ)を確認して提出ください。 平和堂健康保険組合 検索

本申請書に記入された内容は、当健康保険組合の被扶養者認定以外の目的には使用いたしません。

