

## 被扶養者に関する申告書 (配偶者・子)

被保険者	氏名	健保 太郎					申請対象者	氏名	健保 花子		続柄	妻	年齢	35歳
	記号 - 番号	1	5	0	-	1		1	1	1	1	職業	なし (パート・自営・学生・その他 ( ))	

配偶者

- 必要添付書類とともに、提出をお願いします。 → **添付書類**
- 状況により、他の証明書類の追加提出書類をお願いする場合があります。

① 今までの健保加入状況 ※該当する項目に○印をつけ、名称をご記入ください。	
<input type="radio"/> 健康保険の被保険者	健康保険の名称 ( <b>協会けんぽ東京支部</b> )
<input type="checkbox"/> 家族の被扶養者	健康保険の名称 ( )
<input type="checkbox"/> 国民健康保険	
<input type="checkbox"/> その他 (共済組合など)	健康保険の名称 ( )
<input type="checkbox"/> 未加入	
② 扶養申請の理由 ※該当するすべての項目に○をつけて下さい。	
<input type="checkbox"/> 家事を専業としており現在無収入のため	添付書類 1
<input type="checkbox"/> 学生のため	2
<input type="checkbox"/> 年間収入 (見込) が*130万円未満のため	3
<input type="checkbox"/> 年金収入があるが、180万円未満のため	4
<input type="checkbox"/> 事業収入・不動産収入があるが、年間収入 (見込) が*130万円未満のため	5
<input type="checkbox"/> 利子・配当収入があるが年間収入 (見込) が*130万円未満のため	6
<input type="checkbox"/> 自営業を廃業したため	7
<input type="radio"/> 離職したため	} → ④も記入
<input type="checkbox"/> 雇用保険の失業給付受給が終了(期間が満了)したため	
<input type="checkbox"/> 失業給付受給を延長中であるため	
<input type="checkbox"/> その他 (例) 4月より病気療養中で、月1度通院、8月より国家資格取得のため自宅学習中	8

③ 扶養申請する方の収入状況 ※該当する項目に○印をつけ、年間収入をご記入ください。	
給与収入 (パート・アルバイトを含む)	円
公的年金収入 (基礎年金・厚生年金・共済年金・障害年金・遺族年金など)	円
不動産収入 (アパート・駐車場収入)	円
事業収入 (自営業・農業・漁業・林業等)	円
利子・配当収入	円
健康保険の傷病手当金、出産手当金	円
労災保険の休業補償給付	円
その他の継続性を有する収入 (例) 別居している姉から仕送りが10万円ある	( )
④ 離職後の雇用保険失業給付受給 ※該当する項目に○印をつけてください。	
<input type="radio"/> あり	<input type="checkbox"/> 受給を終了した 9 <input checked="" type="checkbox"/> 受給を延長する 10・17 <input type="checkbox"/> 受給をしない 11・17
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 受給要件に満たず給付資格がない 12・17 <input type="checkbox"/> 未加入であった 13・17

裏面もご記入ください

\*60歳以上および障害者は180万円

Personal (記入後)

ご提出いただく書類は、当組合で被扶養者資格の確認を行うために使用し、それ以外の目的では使用しません。

⑤ 扶養申請する方の居住地 ※該当する項目に○印をつけ、2.の場合金額をご記入ください。		添付書類
<input checked="" type="radio"/>	被保険者と同居	14
	被保険者と別居 → 毎月の仕送り額 _____ 円	14・15
⑥ 扶養申請する方のその他の家族 ※該当する項目に○印をつけ、収入額をご記入ください。		添付書類
■ 子を申請した場合		
	あなたの配偶者 → <input type="checkbox"/> あり → 収入月額 _____ 円	16
	<input type="checkbox"/> なし	

## 誓 約

今回被扶養者として申請する者の状況は上記の通り相違ありません。  
事実と異なる内容があった場合には、認定日に遡り被扶養者の資格を取り消し、  
その間にかかった健保負担医療費及び給付金は返還致します。  
また収入増など扶養状況に変更があった場合は速やかに扶養抹消の手続きを行います。

記入日及び  
名前を記入



年 月 日

被保険者名 \_\_\_\_\_ (自署)