

【その他(兄弟姉妹等)の申請用】

| 健康保険組合 | | |
|--------|-----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 扱者 |
| | | |

被扶養者として申請する方について記入願います。

| 被扶養者氏名 | 年齢 | 続柄 | 職業/学年 |
|--------|----|----|-------|
| | 歳 | | |

1. ご家族が加入していた(している)健康保険【該当する項目にレ点】

- 本人として健康保険に加入
- 被保険者の扶養として加入
- 被保険者以外()の扶養として加入
- 国民健康保険に加入
- 本人として任意継続に加入※1
- 後期高齢者医療制度に加入
- その他()

2. 他の扶養義務者(兄弟姉妹の申請時は「父母」)の状況【該当する項目にレ点】

世帯全員の住民票(続柄付)※3と以下の書類を添付してください

- 今回一緒に申請をする
- 既に被扶養者として認定されている
- 他の社会保険(国民健康保険を含む)の被保険者になっている。(下段に理由を記入してください)
- 扶養できない理由()
- その他 ()

3. ご家族の就労・収入の状況【該当する全ての項目にレ点及び記入】

- 乳児、未就学児童、小中学生
- 高校生、大学、専門、予備校生
- 定時制、通信制、夜間校生
- パート・アルバイト等による給与収入 (月額 約 円)
- 働いたことがない(パート・アルバイト等含む)
- 退職してから1年以上経過している【退職日: 年 月】
- 退職してから1年未満である

| | | |
|---|----|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 失業給付の受給権なし | 理由 | <input type="checkbox"/> 雇用保険に未加入 |
| | | <input type="checkbox"/> 加入期間不足 |
| <input type="checkbox"/> 就労する意思がない又は就労できない為、失業給付の手続きを行わない | | |
| <input type="checkbox"/> 失業給付の受給期間を延長する | | |
| <input type="checkbox"/> 自己都合による退職のため、待機・給付制限期間中 | | |
- 失業給付の受給終了
- 失業給付を受給中【基本手当日額: 円】
- 自営業収入
- 農業・事業・販売・不動産・その他 ()
- 各種年金収入

| | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 老齢 | <input type="checkbox"/> 障害 | <input type="checkbox"/> 遺族 | <input type="checkbox"/> 個人 |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
- 傷病手当金を受給中又は手続き中
- 出産手当金を受給中又は手続き中
- その他 ()

- ※1 任意継続資格喪失後に交付される、『健康保険資格喪失証明書の原本』を添付してください。
- ※2 証明書に給与収入が記載されている場合は、『退職日が分かる書類(退職証明書・退職時交付の源泉徴収票など)』を添付してください。
- ※3 続柄・戸籍筆頭者が記載されているものをお取りください。
住民票で続柄が確認できない(同世帯でない)場合は、確認ができる戸籍謄本もしくは抄本が必要です。

記入内容に相違ありません。
また、被扶養者の状況に変更があり、認定基準を満たさなくなったときは速やかに届出を行います。
届出を行わなかった場合や遅滞した場合、その期間の給付金については全額返還いたします。
令和 年 月 日
被保険者氏名

↑被保険者氏名は手書きでお願い致します。