

記入例

健康保険 被扶養者状況届【配偶者の申請用】

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
① 健保 友子	41 歳	1. 妻 2. 夫	1. 無職 2. 学生 3. パート・アルバイト 4. 自営業 5. その他()

ご注意ください！！

※状況によっては、追加で書類のご提出をお願いすることがございますのでご了承ください。
 ※(健保)にて、ご提出いただいた書類をもとに被扶養者資格を満たしているか審査を行います。
 書類を提出したからといって、必ずしも扶養に入れるわけではありません。

② 1. 配偶者が加入していた(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()

③ 2. 配偶者の現在の就労・収入状況【該当する全ての項目にレ点及び記入】 **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**

全日制の学生(大学・専門学校・予備校を含む) 『学生証(写)』又は『在学証明書』
 定時制・夜間・通信制課程の学生 『学生証(写)』又は『在学証明書』
 パート・アルバイト等による給与収入 (月額 約 円) 『直近3か月の給与明細(写)』又は『給与支払(見込)証明書』又は『就労証明書』など
 働いたことがない(パート・アルバイト等含む) 『所得・課税証明書』※2
 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

理由	理由	添付書類
<input checked="" type="checkbox"/> 失業給付の受給権なし	<input type="checkbox"/> 雇用保険に未加入	『直近3か月の給与明細(写)』又は『雇用保険未加入と記載のある退職証明書』
<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 checked="" type="checkbox"/> 加入期間不足	『離職票1と2(写)』又は『雇用保険資格喪失確認通知書(写)』
<input type="checkbox"/> 失業給付の受給期間を延長する		『離職票1と2(写)』又は『雇用保険資格喪失確認通知書(写)』
<input type="checkbox"/> 自己都合による退職のため、待機・給付制限期間中		『離職票1と2(写)』と『T0210_誓約書』又は『雇用保険受給資格者証(両面)の(写)』

失業給付の受給終了 『雇用保険受給資格者証(両面)の(写)』
 失業給付を受給中 【基本手当日額： 円】 『雇用保険受給資格者証(両面)の(写)』
 自営業収入 直近の『確定申告書控えの(写)』と『収支内訳書(写)』
 農業・事業・販売・不動産・その他()
 各種年金収入 直近の『年金振込通知書(写)』又は『年金額改定通知書(写)』
 老齢 障害 遺族 個人 その他()
 傷病手当金、出産手当金を受給中・手続き中 (健保)までご連絡ください
 その他() (健保)までご連絡ください

- ※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。

④ 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 健保 太郎

↑被保険者氏名は手書きでお願い致します。

「記入要領」

① 被扶養者氏名等

今回申請するご家族の情報を記入してください。

② 配偶者が加入していた(している)健康保険

今回申請するご家族の健康保険の状態を選び、レ点もしくは記入をしてください。
 「本人として任意継続に加入」の場合、任意継続期間中は被扶養者にはなれません。
 任意継続の資格喪失後、「健康保険資格喪失証明書」を添付し申請をしてください。

③ 配偶者の現在の就労・収入状況

ご家族の状況に該当するもの全てレ点および記入をし、該当した項目の必要書類を申請時に添付してください。
 ※書類については、(写)と書いてあるもの以外は、原則原本を添付してください。

④ 誓約部分

内容をご確認いただき、記入日と被保険者(従業員)の氏名をご記入ください。

記入方法等ご不明な点等ございましたら、下記までお問い合わせください。

工機ホールディングス健康保険組合 029-276-7437(内線711-3741)