

健康保険被扶養者 認定申請書 三重交通健康保険組合 理事長 殿	健康保険組合				確認欄	レ
	常務理事	事務長		係	この届出については①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者が作成したものである)。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。	
認定・否認		審査判定年月日:		年	月	日

[認定対象者申請日:令和 3年 4月 1日] [健康保険組合受理日:令和 年 月 日]

被保険者	記号・番号	〇〇 - XXXXX	氏名	組合 太郎	生年月日	H3年 10月 10日 29歳
	事業所名	△△株式会社	部署名	〇〇営業所	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女

氏名	組合 花子	続柄	妻	生年月日	H5年 1月 1日 28歳	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 女
----	-------	----	---	------	---------------	--

あてはまるものにチェックしてください。

被保険者との居住関係

①住居と家計を共にしている ②住居は同一だが家計は別 ③家計は同一だが住居は別 ④住居も家計も別

⑤単身赴任中のため別居 ⑥同一敷地内の別棟に居住 ⑦2世帯住宅に別々に居住 ⑧その他()

別居者について(①にチェックをつけた方以外は対象)

* 別居している認定対象者の年収以上の仕送りが必要です。

* 6ヶ月以上の銀行振込写し・現金書留写し・通帳写し等、いずれかの送金証明が必要です。

但し、③⑤にチェックをつけた方で以下に該当する場合は送金確認対象外です。

* ③にチェックをつけた方で右記の理由の方 (学生・特別養護老人ホーム・障害施設・等) (学校・施設名:)

* ⑤単身赴任のため、配偶者・子供と別居している場合。(両親と別居の場合は除く)

仕送り額・援助額/月	円
------------	---

認定対象者が扶養されることになった事由、あてはまるものにチェックしてください。

被保険者の	<input type="checkbox"/> 入社に伴うため
認定対象者が	<input type="checkbox"/> 勤務先を退職 <input checked="" type="checkbox"/> 収入減少 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給終了 <input type="checkbox"/> 廃業 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 加入していた被保険者が資格喪失したため
	事由発生日 年 月 日

申請事由で「認定対象者が勤務先を退職」と回答した方のみ記入

退職理由 結婚 出産 病気 定年 自己都合 会社都合 雇用期間満了 その他()

前会社名 退職年月日 年 月 日 雇用保険加入状況 加入 未加入

認定対象者の今後1年間の生活状況の見通しと扶養申請することになった理由を具体的に記入してください。

**長男の出産を機に、社員からパートへ変更。出産手当金受給終了
今後、年間収入は90万までにおさえます。**

認定対象者の配偶者の有無について(認定対象者が被保険者の配偶者である場合は記入不要)

*民法では夫婦一体の原則があり、夫婦は互いに扶助する関係です。

認定対象者に配偶者がいる場合、第一にその配偶者によって生計が維持されているか確認します。

あり * 配偶者の収入を確認する必要があります。配偶者の年金証明・所得証明書(あるいは非課税証明)等も添付してください。

なし 理由: 未婚 死亡 離婚 その他 該当日:

認定対象者の現在の健康保険加入状況についてあてはまる番号と項目にチェックしてください。

<input checked="" type="checkbox"/> ①現在健康保険に加入している (いつから R2年 2月)	<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険	<input type="checkbox"/> 健康保険組合	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会
	<input type="checkbox"/> 任意継続保険	<input type="checkbox"/> 共済組合	<input type="checkbox"/> 被扶養者として加入
<input type="checkbox"/> ②以前は加入していたが、現在は加入していない。 (退職後無保険) 喪失日 年 月 日	★以前に加入していた保険にチェック		
	<input type="checkbox"/> 国民健康保険	<input type="checkbox"/> 健康保険組合	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会
	<input type="checkbox"/> 任意継続保険	<input type="checkbox"/> 共済組合	<input type="checkbox"/> 被扶養者として加入
<input type="checkbox"/> ③前から加入していなかった(加入したことが一度もない)			

☆当健保では扶養に入った方の年1回以上の健康診断を推進しています!!

直近の1年間の健診状況についてあてはまるものにチェックしてください。

あり (R2年 4月) 健康診断(かかりつけ医) 健康診断(地域) 健康診断(職場) 人間ドック がん検診

なし → 40歳から74歳の方は特定健診の対象となりますので、受診しましょう!!

認定対象者の収入の項目		月 額	年間収入の範囲
給 与 収 入 (パ ー ト 含 む)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	67,000 円	<p>当健康保険組合では提出日の以前、直近1年間を年間としています。申請時点から将来に向けて年間で130万円以上の収入がないことかつ被保険者の年収の1/2未満であることを条件としています。</p> <p>また、尊属の方は配偶者の収入も含めて生計維持の審査を行います。(認定対象者が60歳以上または障害者の方は、130万が180万となります。)</p>
給 与 収 入 (バ イ ト 等)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	円	
年 金 収 入 <small>厚生・国民・老齢・共済・恩給・障害・遺族等</small>	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	円	
不 動 産 収 入 (ア パ ー ト 経 営 等)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	円	
自 家 営 業 収 入	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	円	<p>《給与》</p> <p>給与月収=(直近6ヶ月合計)÷6=1ヶ月の平均給与</p> <p>給与年収=(1ヶ月の平均給与×12)+(賞与)</p> <p>* 税控除前の総支給額であり、交通費等全ての手当も含まれます</p>
農 業 収 入	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	円	<p>《年金》</p> <p>(支給金額×支給回数)÷12=年金月収</p>
雑 収 入 (原稿料・イラスト料・印税等)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	円	<p>* 介護保険料等が控除される前の金額</p>
被 保 険 者 か ら の 仕 送 り	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	別居のみ記載 円	<p>《自営業・農業の場合》</p> <p>年間売上-必要経費=所得(=年間収入)</p> <p>年間収入÷12=月收入</p>
そ の 他 生 活 費 に 充 当 で き る 収 入	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	円	<p>必要経費には、一時的な支出を除きます。</p> <p>また、店舗と住まい分が明確に区分経理されている必要があります。</p>
収 入 合 計 (月 収)		67,000 円	<p>《雇用保険等》</p> <p>各種給付金を受給される方は、給付額が他の収入と合わせて60歳未満は日額3,612円、60歳以上は日額5,000円以上は被扶養者とはなれません。</p> <p>傷病手当金、出産手当金も同様とします。</p> <p>失業給付受給延長された方は、後に支給を受けるときに、上記の給付額ならば、被扶養者から削除いただきます。</p> <p>尚、受給終了後の申請の場合は、「なし」にチェックしてください。</p>
雇 用 保 険	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	円	
傷 病 手 当 金 ・ 出 産 手 当 金	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	円	

健保記入欄 標準報酬月額	円
-----------------	---

【備考欄】

記載の内容に、虚偽の報告はありません。また、記載時より内容に変更があった場合は、速やかに組合に届けます。

私が主として生計を維持する実態がなくなった場合には、速やかにその旨を組合へ届け、被扶養者の資格喪失の手続きをします。

尚、万一私が行った手続きを行わず、組合がその事実を確認した場合は、組合の権限で当該被扶養者の資格を喪失されても、異存はありません。

また、届け出を怠ったために発生した保険給付に関しては遡って弁済することを誓約します。

被 保 険 者 名 **組 合 太 郎**

※認定対象者の状況を聞き取りしたり、添付資料を別途お願いする場合がありますことをご了承ください。

【健保使用欄】