

被扶養者認定申請書

ひかり健康保険組合理事長殿

常務理事	事務長	担当	担当

○ ご本人（あなた）の事項。

被保険者 (本人)	氏名		被保険者証 記号・番号	-
	会社名		社員番号	
	自宅住所	〒 _____ tel _____		

○ 今回扶養に入れたいご家族の事項。対象者は2名まで記入可能。

扶養認定 対象者 (追加した い家族)	①	氏名		生年月日	年 月 日	年齢	歳
		続柄	住所	〒 _____ tel _____			
②	氏名		生年月日	年 月 日	年齢	歳	
	続柄	住所	〒 _____ tel _____				
申請の経緯 および理由 (詳しく)							(理由は詳細に) 今回あなたが扶養しなければならなくなったのは何故ですか? 家族の収入減? 自営業廃業?

※ 状況に応じて下記書類を添付ください。

認定 対象者 ①	1. 現在加入中の健康保険（該当区分に○印）	a. 国民健康保険組合 b. (前職)退職後から無保険 c. 任意継続→(喪失日; _____年____月____日) d. その他 ()	b. 健康保険資格喪失証明書(前勤務先で加入のもの) c. (任意継続の)健康保険資格喪失証明書 d. 現在の状況を記入お願い致します
	2. 収入について（該当区分に○印）	A. 収入なし B. 収入あり（各項目の該当区分に○印） a. 給与等勤労収入(パート・アルバイト含む) 無・有月 _____ 円 b. 事業所得(自営・農業・漁業・林業・その他;) 無・有月 _____ 円 c. 各種年金・恩給等(厚生・国民・恩給・遺族・障害・その他;) 無;年齢未到達・無;支払期間不足 有 [_____] 月 _____ 円 d. 退職金 無 有;一括月 _____ 円・有;分割;(_____ 回)月 _____ 円 e. 養育費 もしくは 仕送り 無・有月 _____ 円 f. その他(不動産・利子・配当金 など) 無・有; [_____] 月 _____ 円	A. 非課税証明書(学生以外) ※前職退職後の扶養追加に関する必要書類は「3」を参照ください。 a. 収入見込み証明書の写し または 直近3ヶ月分の給与明細の写し b. 確定申告書の写し および 所得証明書の写し c. 直近の支払通知書の写し または 改定通知書の写し d. 支払が証明できる通知書の写し または通帳の写し e. 通帳の写しなど金融機関からの3ヶ月以上の送金状況のわかる公的証明物(写し) f. 確定申告書の写し および 所得証明書の写し
	3. (前職)退職後の給付金受給について	①雇用保険失業給付受給状況（該当区分に○印） A. 受給する(受給の場合 下記該当区分に○印) a. 受給中又は申請予定 受給(予定)日: _____年____月____日頃 b. 受給期間延長 受給予定日: _____年____月____日頃 B. 受給しない(受給しない場合 下記該当区分に○印) a. 就労していない b. 加入期間が12ヶ月未満 c. 受給権放棄 d. 受給終了 e. その他; () ②出産手当金受給状況（該当区分に○印） A. 受給する; 受給する又は受給中。出産(予定)日: _____年____月____日 B. 受給終了; 出産日: _____年____月____日 C. 受給しない ③傷病手当金受給状況（該当区分に○印） A. 受給する又は受給中 B. 受給終了 C. 受給しない	a. 雇用保険受給資格者証(両面コピー) b. 受給期間延長通知書の写し b. 離職票の写し または 社会保険喪失証明書の写し d. 雇用保険受給資格者証(両面コピー) B. 支給決定通知書の写し A. 支給決定通知書の写し B. 支給決定通知書の写し

認定 対象者 ②	1. 現在加入中の健康保険（該当区分に○印）	a. 国民健康保険組合 b. (前職)退職後から無保険 c. 任意継続→(喪失日; _____年____月____日) d. その他 ()	b. 健康保険資格喪失証明書(前勤務先で加入のもの) c. (任意継続の)健康保険資格喪失証明書 d. 現在の状況を記入お願い致します
	2. 収入について（該当区分に○印）	A. 収入なし B. 収入あり（各項目の該当区分に○印） a. 給与等勤労収入(パート・アルバイト含む) 無・有月 _____ 円 b. 事業所得(自営・農業・漁業・林業・その他;) 無・有月 _____ 円 c. 各種年金・恩給等(厚生・国民・恩給・遺族・障害・その他;) 無;年齢未到達・無;支払期間不足 有 [_____] 月 _____ 円 d. 退職金 無 有;一括月 _____ 円・有;分割;(_____ 回)月 _____ 円 e. 養育費 もしくは 仕送り 無・有月 _____ 円 f. その他(不動産・利子・配当金 など) 無・有; [_____] 月 _____ 円	A. 非課税証明書(学生以外) ※前職退職後の扶養追加に関する必要書類は「3」を参照ください。 a. 収入見込み証明書の写し または 直近3ヶ月分の給与明細の写し b. 確定申告書の写し および 所得証明書の写し c. 直近の支払通知書の写し または 改定通知書の写し d. 支払が証明できる通知書の写し または通帳の写し e. 通帳の写しなど金融機関からの3ヶ月以上の送金状況のわかる公的証明物(写し) f. 確定申告書の写し および 所得証明書の写し
	3. (前職)退職後の給付金受給について	①雇用保険失業給付受給状況（該当区分に○印） A. 受給する(受給の場合 下記該当区分に○印) a. 受給中又は申請予定 受給(予定)日: _____年____月____日頃 b. 受給期間延長 受給予定日: _____年____月____日頃 B. 受給しない(受給しない場合 下記該当区分に○印) a. 就労していない b. 加入期間が12ヶ月未満 c. 受給権放棄 d. 受給終了 e. その他; () ②出産手当金受給状況（該当区分に○印） A. 受給する; 受給する又は受給中。出産(予定)日: _____年____月____日 B. 受給終了; 出産日: _____年____月____日 C. 受給しない ③傷病手当金受給状況（該当区分に○印） A. 受給する又は受給中 B. 受給終了 C. 受給しない	a. 雇用保険受給資格者証(両面コピー) b. 受給期間延長通知書の写し b. 離職票の写し または 社会保険喪失証明書の写し d. 雇用保険受給資格者証(両面コピー) B. 支給決定通知書の写し A. 支給決定通知書の写し B. 支給決定通知書の写し

○ 被保険者(本人)と本人以外のご家族について(父母・配偶者・兄弟等、いない場合「なし」と記入)。家計に対する負担額も明記。

氏名	続柄	年齢	被保険者と	職業	年収見込額	家計負担額(月額)
被保険者本人	本人		-		万円	万円
			同居・別居・単身赴任		万円	万円
			同居・別居・単身赴任		万円	万円
			同居・別居・単身赴任		万円	万円
			同居・別居・単身赴任		万円	万円

※記入漏れや扶養理由を具体的に記入いただけない場合は、異動届を受理できず扶養認定できませんので、ご了承願います。なお、扶養認定日は健康保険組合で決定する為 事由発生日と異なる場合があります。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記の通り、相違ないことを証明します。

被保険者氏名

署名 _____ ㊟

被扶養者認定申請書

ひかり健康保険組合理事長殿

常務理事	事務長	担当	担当

被保険者本人(保険加入
従業員の事です)

保険証の事業所名
記号・番号をご確認ください

○ ご本人(あなた)の事項。

被保険者 (本人)	氏名	ひかり 太郎	被保険者証 記号・番号	1 - 12345
	会社名	株式会社 光通信	社員番号	1234567
	自宅住所	〒171-0022 東京都豊島区南池袋1-16-15 tel 03-59517422		

○ 今回扶養に入れたいご家族の事項。対象者は2名まで記入可能。

扶養認定 対象者 (追加した 家族)	①	氏名	ひかり 華子	生年月日	S55年 5月 5日	年齢	28 歳
		続柄	妻	住所	〒 同上 tel 同上		
②	氏名	ひかり 扶佐子	生年月日	S22年 2月 2日	年齢	62 歳	
	続柄	母	住所	〒 418-0011 静岡県〇〇市〇〇町△△1-3,776 tel 052-123-4567			
申請の経緯 および理由 (詳しく)		<p>① 今まで勤めていた会社をH21年〇月△日で退職し無職になる為、以降被保険者である私が家計を担う事になりました。雇用保険の受給は受ける予定です。</p> <p>② 父が他界してから現在まで国保に加入しておりますが、月々の生活費は私からの仕送りで生活しております。</p>					

※ 状況に応じて下記書類を添付ください。

認定 対象者 ①	1. 現在加入中の健康保険 (該当区分に○印)	a. 国民健康保険組合 <input checked="" type="radio"/> b. (前職)退職後から無保険 c. 任意継続→(喪失日; _____年____月____日) d. その他 ()	b. 健康保険資格喪失証明書(前勤務先で加入のもの) c. (任意継続の)健康保険資格喪失証明書 d. 現在の状況を記入お願い致します
	2. 収入について (該当区分に○印)	<input checked="" type="radio"/> A. 収入なし B. 収入あり (各項目の該当区分に○印) a. 給与等勤労収入(パート・アルバイト含む) 無・有 月 _____ 円 b. 事業所得(自営・農業・漁業・林業・その他; 無・有 月 _____ 円 c. 各種年金・恩給等(厚生・国民・恩給・遺族・障害・その他; 無;年齢未到達・無;支払期間不足 有 [_____] 月 _____ 円 d. 退職金 無 有;一括 月 _____ 円・有;分割;(_____ 回) 月 e. 養育費 もしくは 仕送り 無・有 月 _____ 円 f. その他(不動産・利子・配当金 など) 無・有; [_____] 月 _____ 円	A. 非課税証明書(学生以外) ※前職退職後の扶養追加に関する必要書類は「3」を参照ください。 a. 収入見込み証明書の写し または 直近3ヶ月分の給与明細の写し b. 確定申告書の写し および 所得証明書の写し c. 直近の支払通知書の写し または 改定通知書の写し d. 支払が証明できる通知書の写し または通帳の写し e. 通帳の写しなど金融機関からの3ヶ月以上の送金状況のわかる公的証明物(写し) f. 確定申告書の写し および 所得証明書の写し
	3. (前職)退職後の給付金受給について	<input checked="" type="radio"/> A. 受給する(受給の場合 下記該当区分に○印) <input checked="" type="radio"/> a. 受給中又は申請予定 受給(予定)日: H21年 5月 頃 <input type="radio"/> b. 受給期間延長 受給予定日: _____年____月____日 <input type="radio"/> B. 受給しない(受給しない場合 下記該当区分に○印) <input type="radio"/> a. 就労していない <input type="radio"/> b. 加入期間が12ヶ月未満 <input type="radio"/> c. 受給権放棄 <input type="radio"/> d. 受給終了 <input type="radio"/> e. その他; () <input checked="" type="radio"/> ②出産手当金受給状況 (該当区分に○印) <input type="radio"/> A. 受給する; 受給する又は受給中。出産(予定)日: _____年____月____日 <input checked="" type="radio"/> C. 受給しない <input checked="" type="radio"/> ③傷病手当金受給状況 (該当区分に○印) <input type="radio"/> A. 受給する又は受給中 <input type="radio"/> B. 受給終了 <input checked="" type="radio"/> C. 受給しない	<input checked="" type="radio"/> a. 雇用保険受給資格者証(両面コピー) <input type="radio"/> b. 受給期間延長通知書の写し <input type="radio"/> b. 離職票の写し または 社会保険喪失証明書の写し <input type="radio"/> d. 雇用保険受給資格者証(両面コピー) <input type="radio"/> B. 支給決定通知書の写し <input type="radio"/> A. 支給決定通知書の写し <input type="radio"/> B. 支給決定通知書の写し

必要添付書類になります

認定 対象者 ②	1. 現在加入中の健康保険 (該当区分に○印)	a. 国民健康保険組合 <input checked="" type="radio"/> b. (前職)退職後から無保険 c. 任意継続→(喪失日; _____年____月____日) d. その他 ()	b. 健康保険資格喪失証明書(前勤務先で加入のもの) c. (任意継続の)健康保険資格喪失証明書 d. 現在の状況を記入お願い致します
	2. 収入について (該当区分に○印)	<input type="radio"/> A. 収入なし <input checked="" type="radio"/> B. 収入あり (各項目の該当区分に○印) a. 給与等勤労収入(パート・アルバイト含む) 無・有 月 _____ 円 b. 事業所得(自営・農業・漁業・林業・その他; 無・有 月 _____ 円 c. 各種年金・恩給等(厚生・国民・恩給・遺族・障害・その他; 無;年齢未到達・無;支払期間不足 有 [_____] 月 _____ 円 d. 退職金 無 有;一括 月 _____ 円・有;分割;(_____ 回) 月 e. 養育費 もしくは 仕送り 無・有 月 _____ 円 f. その他(不動産・利子・配当金 など) 無・有; [_____] 月 _____ 円	A. 非課税証明書(学生以外) ※前職退職後の扶養追加に関する必要書類は「3」を参照ください。 a. 収入見込み証明書の写し または 直近3ヶ月分の給与明細の写し b. 確定申告書の写し および 所得証明書の写し c. 直近の支払通知書の写し または 改定通知書の写し d. 支払が証明できる通知書の写し または通帳の写し e. 通帳の写しなど金融機関からの3ヶ月以上の送金状況のわかる公的証明物(写し) f. 確定申告書の写し および 所得証明書の写し
	3. (前職)退職後の給付金受給について	<input type="radio"/> ①雇用保険失業給付受給状況 (該当区分に○印) <input type="radio"/> A. 受給する(受給の場合 下記該当区分に○印) <input type="radio"/> a. 受給中又は申請予定 受給(予定)日: _____年____月____日頃 <input type="radio"/> b. 受給期間延長 受給予定日: _____年____月____日頃 <input checked="" type="radio"/> B. 受給しない(受給しない場合 下記該当区分に○印) <input checked="" type="radio"/> a. 就労していない <input type="radio"/> b. 加入期間が12ヶ月未満 <input type="radio"/> c. 受給権放棄 <input type="radio"/> d. 受給終了 <input type="radio"/> e. その他; () <input type="radio"/> ②出産手当金受給状況 (該当区分に○印) <input type="radio"/> A. 受給する; 受給する又は受給中。出産(予定)日: _____年____月____日 <input checked="" type="radio"/> C. 受給しない <input type="radio"/> ③傷病手当金受給状況 (該当区分に○印) <input type="radio"/> A. 受給する又は受給中 <input type="radio"/> B. 受給終了 <input checked="" type="radio"/> C. 受給しない	<input type="radio"/> a. 雇用保険受給資格者証(両面コピー) <input type="radio"/> b. 受給期間延長通知書の写し <input type="radio"/> b. 離職票の写し または 社会保険喪失証明書の写し <input type="radio"/> d. 雇用保険受給資格者証(両面コピー) <input type="radio"/> B. 支給決定通知書の写し <input type="radio"/> A. 支給決定通知書の写し <input type="radio"/> B. 支給決定通知書の写し

○ 被保険者(本人)と本人以外のご家族について(父母・配偶者・兄弟等、いない場合「なし」と記入)。家計に対する負担額も明記。

氏名	続柄	年齢	被保険者と	職業	年収見込額	家計負担額(月額)
被保険者本人	本人		-	会社員	480 万円	20 万円
ひかり 華子	妻	28	同居・別居・単身赴任	無職	0 万円	0 万円
ひかり 扶佐子	母	62	同居・別居・単身赴任	無職	48 万円	0 万円
			同居・別居・単身赴任		万円	万円
			同居・別居・単身赴任		万円	万円

※記入漏れや扶養理由を具体的に記入いただけない場合は、異動届を受理できず扶養認定できませんので、ご了承願います。なお、扶養認定日は健康保険組合で決定する為 事由発生日と異なる場合があります。

令和 1 年 〇 月 △ 日

上記の通り、相違ないことを証明します。

被保険者氏名

署名 ひかり 太郎

