

健康保險被扶養者現況屆

※被扶養申請者ごとに記入してください。

※すべての項目に記入または該当する□にチェック(☑)を記入してください。

※被扶養申請者ごとに記入してください。 ※すべての項目に記入または該当する□にチェック(☑)を記入してください。				提出日	令和 年 月 日
被保険者等の 記号・番号	—	被保険者 氏 名		配偶者 の有無	☐ 有 ☐ 無 (☐ 未婚 ☐ 離婚 ☐ 死別)

被扶養者の氏名		年齢	才	被保険者との続柄		配偶者の有無	☐ 有 ☐ 無（ ☐ 未婚 ☐ 離婚 ☐ 死別）
---------	--	----	---	----------	--	--------	--

○扶養申請する対象者について記入してください（該当する□にチェック（☑）を記入してください。）

① 申 請 理 由	☐ 被保険者の取得に伴う	* 扶養しなければならない理由及び扶養している事実
	☐ 出生	* 出生は、以下②～③の記入は不要です。
	☐ 離職	
	☐ 雇用保険受給終了	
	☐ 収入僅少・減少	
	☐ 結婚	
	☐ 任意継続健康保険資格喪失	
	☐ 自営業の廃業	
	☐ その他（ ）	

② 就 労 ・ 収 入 の 状 況	☐	無職	年金 恩給 収入	年金額（円） ☐ 有 種類： ☐ 老齢年金 ☐ 遺族年金 ☐ 障害年金 ☐ 企業年金 ☐ 共済年金 ☐ その他年金・恩給（ ） ☐ 無		
	☐	勤労	勤務先名		月 平 均 収 入	円
					1週間の勤務時間	時間
					1か月の勤務日数	日
	☐	退職	退職年月日 令和 年 月 日	退職した事業所名		
		雇用保険 の失業給 付金につ いて	☐ 受給申請した（令和 年 月 日 申請）※1 ☐ 受給申請する予定（令和 年 月 日 頃申請予定） ☐ 受給中 ※1 雇用保険受給資格者証の写しを添付してください ☐ 受給終了している（令和 年 月 日 受給終了）※1 ☐ 受給延長中（延長理由： ） ☐ 受給できない（ ☐ 雇用保険未加入 ☐ 雇用保険加入期間不足 ） ☐ 受給しない（理由： ）			
	☐	自営業	月額（円） 種類： ☐ 営業収入 ☐ 利子・配当金収入 ☐ 農業収入 ☐ 不動産収入 ☐ その他（ ） 事業の内容（ ）			
☐	社会保険 の 給付等	受給日額（円） 種類： ☐ 傷病手当金 ☐ 出産手当金 ☐ 労災保険の休業補填 ☐ その他（ ）				
☐	その他の 収入	☐ 仕送り（月額 円） ☐ その他（月額 円） 内容を詳しく記入してください （ ）				

③今まで加入していた又は現在加入している健康保険	☐ 国民健康保険	☐ 協会けんぽ（本人・家族）	☐ 共済組合（本人・家族）
	☐ 健康保険組合（本人・家族）	☐ 任意継続保険（喪失日： 年 月 日）	
	☐ その他 （ ）		

上記のことに相違ありません。

上記の事実と相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

被保險者

事業主