

扶養申請状況書(配偶者以外用)

配偶者・18歳未満の子以外を被扶養者として申請する場合に提出いただく書類です。

記入もれがないようありのままの状況を記入してください。なお、□の欄はチェック又は該当個所を■に黒く塗りつぶし、その他の欄は該当個所に記入してください。

田辺三菱製薬健康保険組合理事長殿

令和**年**月**日 提出

被保険者証記号・番号 ***-*****

被保険者氏名 健保 太郎いずれかにチェックを
してください申請する家族の氏名: **健保 花子**
生年月日: **昭和**年**月**日**
続柄: **長女**

- 退職した為、田辺三菱製薬健康保険組合の被扶養者として申請をいたします。
- 雇用保険が支給終了となった為 再度田辺三菱製薬健康保険組合の被扶養者として申請をいたします。
- その他()

1. 今回、被扶養者として申請する理由を詳しく記入してください。

今年5月末に会社を退職した為

2. 被保険者と同居の家族(本人含む)について記入してください。

氏名	続柄	職業	年間収入(所得)額	備考
健保 太郎	本人	会社員	700万円	世帯主
花子	配偶者	会社員	400万円	
康子	長女	無職	0円	
一郎	長男	学生	0円	

本人も含めて記載ください。他の家族の年収を含めて認定すべきかを判断します。

3. 申請する家族に、配偶者はいますか。 いる いない
※配偶者のいる方は、配偶者の収入(所得)証明書または非課税証明書、年金改定通知書の写しを提出してください。

4. 申請する家族とは、同居ですか別居ですか？

- 私と同居しています。
- 私は単身赴任中で、家族と同居しています。
- 私と別居しています。

認定基準により定期的仕送りが
必要な場合があります。

別居している場合、あなたの仕送り額(生計費の援助額)を記入してください。

年間仕送り額 _____ 円、1ヶ月平均の仕送り額 _____ 円

※在学中の子以外は、上記金額を仕送りしていることを証明できる書類(銀行振込の控え・現金書留の控え、通帳の写し等で送金者と送金額が分かるもの)を過去3ヶ月分提出してください(現時点で提出できない理由がある場合は、3ヶ月後に提出してください)。

現在手渡しにより仕送りしている場合は、仕送り方法を変更し、毎月の仕送り状況を証明できる書類を3ヶ月後に提出してください。(その後は毎年仕送り状況を確認します。)
提出がない場合は、認定をさかのぼって取り消す場合がありますので、必ず提出をお願いします。
【注意】申請する家族の収入額以上で、健保が定める金額以上の仕送りがされているかが認定の条件となります。

5. 申請する家族は、あなたの税法上の扶養家族として申請していますか？
 申請している(申請予定を含む) 申請月 平成・令和 **28** 年 **6** 月
 申請しない その理由 _____

6. 申請する家族が現在加入している健康保険は？
 国民健康保険 任意継続(年 月分まで保険料支払い済み) 他の健康保険の扶養家族
 共済組合 その他(

記入ください。

7. 申請する家族の最終勤務先について記入
 勤務先名 株〇〇薬品
 所在地 大阪市××区××町3-
 勤務期間 平成 **22** 年 **4** 月 **1**

・任意継続に加入している場合は、何月分まで保険料を納付したか記載をお願いします。例えば3月まで支払済ならば、当健保の被扶養者になるのは、通常任意継続喪失日の4月11日になります(翌月10日まで加入員となるため)
 ・退職後いずれの健康保険にも入っていない場合は、その他(無し)と記入してください。

- 退職理由 結婚 出産 病気 定年 会社都合 自己都合 その他
 ※退職理由が出産・病気の場合、出産手当金または傷病手当金を受給していますか。
 受給している 日額 _____ 円 受給していない

8. 申請する家族の現在の収入について記入してください。

- 現在、収入は一切ない。
 パート・アルバイト・内職の収入がある。
 時給 _____ 円 × 1ヶ月の勤務時間 _____ 時間 = _____ 円
 日給 _____ 円 × 1ヶ月の勤務日数 _____ 日 = _____ 円
 ※直近3ヵ月分の給与明細を提出してください。

受給されていると、給与の2/3が退職しても支給されるので、受給終了まで扶養されません。

- 自営業(業種 _____)の収入がある。 年収 _____ 円
 被保険者以外からの仕送りがある。 1ヶ月 _____ 円
 年金収入がある。(該当のものに〇印と金額を記入してください)
 ※申請中の場合は年金の概算額を記入し、後日通知書の写しを提出してください。

健康保険では年金も収入です。受給されている年金も記載し、コピーを添付ください。

制度	老齢	障害	遺族	年金額(円)
厚生年金				
国民年金				
共済年金				
農業者年金				
恩給				
その他 (_____)				

ご記入いただく事項は以上です。健康保険被扶養者(異動)届と必要書類を添付の上、健康保険組合に提出してください。
 なお、所定の添付書類以外に被扶養者申請申立書など生計維持の関係を判断する書類の提出をお願いすることがあります。