

塩野義健康保険組合理事長殿

### 健康保険被扶養者認定申請書

※この申請書は被扶養者として認定するにあたり必要なものですから、必ず裏面記載の証明書等を添付の上、「健康保険被扶養者異動届(増)」とともに提出してください。(高校生以下の子の場合は提出不要)

被 保 険 者	被保険者証	記号	分室	氏名No.	
	番号		所属	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日(満 歳)
	下記の申請について事実と相違ありません。(提出日)平成 年 月 日 被保険者 住所(〒 - )				
氏名(戸籍名)					印

認 定 を 受 け る 被 扶 養 者 に 関 す る 事 項 (甲)											添付書類		
	氏名				生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	年 月 日(満 歳)	続柄			*1		
	所得税法上の取扱 (被保険者の扶養親族として)	<input type="checkbox"/> 認められている <input type="checkbox"/> 認められていない(理由: ) <input type="checkbox"/> 現在申告していないが届け出る予定(平成 年 月 日より)											
	現在または直前まで 加入の医療保険等	<input type="checkbox"/> 国民健康保険( <input type="checkbox"/> 現在加入している <input type="checkbox"/> 年 月 日迄加入していた) <input type="checkbox"/> [ ]健康保険組合の <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 <input type="checkbox"/> 任意継続被保険者として ( <input type="checkbox"/> 現在加入している <input type="checkbox"/> 年 月 日迄加入していた) <input type="checkbox"/> その他( )										*2	
	被保険者と同居・別居の別	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (送金月額: ¥ /月)										*3	
	現 在 の 收 入 ( 該 当 す る 項 目 の □ を チ ェ ッ ク )	<input type="checkbox"/> 学籍(在学中)	学校名	※アルバイトをしている場合は収入ありの欄も記入								*4	
		<input type="checkbox"/> 収入なし	昨年収入がなく現在もない人										*5
		<input type="checkbox"/> 退職後	無収入	前職	勤務先				勤続( 年 カ月)				
				退職日	年 月 日		退職理由	<input type="checkbox"/> 定年 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 他( )					
				失業給付金	<input type="checkbox"/> 受給済		平成 年 月 日まで(終了)						
				<input type="checkbox"/> 不支給		理由: <input type="checkbox"/> 自己都合 <input type="checkbox"/> 雇用保険未加入 <input type="checkbox"/> 他( ) <input type="checkbox"/> 雇用保険の加入年数が短い							*7
				<input type="checkbox"/> 受給期間延長		理由: <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 育児 <input type="checkbox"/> 疾病または負傷 <input type="checkbox"/> 他( )							*8
		失業給付金を 受給予定	前職	退職日	年 月 日			失業給付金の 受給開始日または 受給開始予定日				年 月 日	*9
		※ただし失業給付金を受給中の場合は、認定できません											
	<input type="checkbox"/> 雇用形態の変更	勤務先				雇用形態 変更日	年 月 日		(変更後)月額収入 【¥ /月】			*10	
<input type="checkbox"/> 収入あり	現職 (アルバイト・パート)	勤務先				月額収入 【¥ /月】					*11		
	上記以外の その他収入	<input type="checkbox"/> 家賃・地代等 <input type="checkbox"/> 事業所得 <input type="checkbox"/> 配当・利子所得 <input type="checkbox"/> 農業所得 <input type="checkbox"/> 休業補償的給付金(傷病手当金等) <sup>※</sup> <input type="checkbox"/> その他( )		【合計金額: ¥ /月】							*5		
<input type="checkbox"/> 年金・恩給等の 公的扶助 (遺族年金含)	年金・恩給名												
	受給金額		¥ /月								*12		
子供または親を扶養申請 する場合	<input type="checkbox"/> あなたの配偶者は健保被扶養者である <input type="checkbox"/> あなたの配偶者は健保被扶養者でない										収入が多い方の扶養となる	*13	
実父母を扶養申請する場合	あなたに兄弟姉妹はいますか <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない										*14		
義父母を扶養申請する場合	あなたの配偶者に兄弟姉妹はいますか <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない										*14		

認定を受ける 被扶養者(甲)の 同居家族構成  (続柄は被保険者 から見ての続柄 を記入してくだ さい)	氏名	続柄	年齢	職業・勤務先	年収
		甲			万円
					万円
					万円
					万円
					万円

被保険者の被扶養者とならなければ ならない理由(具体的に記入)	
------------------------------------	--

被保険者(ご自身)の 昨年収入	給与支給額	¥	万円/年
	その他の収入	¥	万円/年
	合計	¥	万円/年

添付書類・証明書等		※該当の項目の証明書類を必ず添付下さい。	
*1	義父母など同居が条件となる申請対象者の場合は、住民票(世帯全員分。続柄記載のもの。) ※個人番号が記載されていないもの。	*8	雇用保険受給期間延長通知書(原本)
*2	申請対象者が現在任意継続被保険者の場合、任意継続被保険者の資格喪失証明書	*9	雇用保険離職票(原本)または雇用保険受給資格者証(写)
*3	別居の場合は、直近6カ月分の銀行等の振込控	*10	雇用形態変更契約書など新しい雇用条件での証明書 または給与(見込)証明書
*4	在学証明書または学生証(写)	*11	所得証明書または課税証明書と直近3カ月分の給与明細書の両方
*5	所得証明書または課税証明書 ※)休業補償的給付金の支給額を証明する書類(写)	*12	直近の年金(恩給)振込通知書(写)と所得証明書または課税証明書の両方
*6	支給終了が記載された雇用保険受給資格者証(写)	*13	配偶者の所得証明書(源泉徴収票等)
*7	・不支給の理由が自己都合の場合は、雇用保険離職票(原本) ・不支給の理由が加入年数が少ない場合は、退職証明書または雇用保険離職票(原本) ・不支給の理由が雇用保険未加入の場合は、退職証明書と直近3カ月分の給与明細書	*14	兄弟姉妹がいる場合は、その方の所得証明書(源泉徴収票等)

注) 事情によっては上記以外の書類を求めることがあります。

※証明書類の入手先は、健保組合 HP でご確認ください。

健康保険組合決済欄						
被扶養者としての認定条件	1. 親族の条件	該当・非該当	承認欄	承認する		承認しない
	2. 同居・別居の条件	該当・非該当		常務理事	事務長	担当者
	3. 生計維持の条件	該当・非該当				
	4. 添付書類	該当・非該当		( / )	( / )	( / )