

【記入例】配偶者・父母など(雇用保険の受給終了)

被扶養者現況書 兼 扶養申請申立書

被扶養者1名につき1枚 記入してください。(選択式は○で囲む・□は該当箇所に✓を記入)

1. 被保険者情報および誓約書

| 記号-番号 | 被保険者の氏名 | 誓約書 (□に✓を付け、日付を記入してください) | | | | |
|--------------------------|---------|---|-------------|--------|------------|------------------------------|
| 1- 1230△ | 健保 花子 | <input checked="" type="checkbox"/> 異動届および現況書の記入内容と事実が異なる場合は、被扶養者の認定をさかのぼって取消し、医療費等を返還することに異存ありません。また、健保組合から被扶養者調査を求められた場合、速やかに証明書類を提出します。 令和2年6月1日 | | | | |
| スターバックスコーヒージャパン以外の収入(月収) | | | | | | |
| アルバイト/パート | 自営業 | 不動産/利子/配当 | 養育費 | 児童扶養手当 | 児童手当 | その他() |
| 0万円 | 0万円 | 0万円 | 0万円 | 0万円 | 0万円 | 0万円 |
| 同居者・収入に関する申立て | 該当に✓ | <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と被扶養者(今回申請の家族および当組合加入済みの家族)以外に同居者はいません。また、上記以外の収入はなく、親族から経済的援助は受けていません。 <input type="checkbox"/> 自身と被扶養者(今回申請の家族および当組合加入済みの家族)以外に同居者がいます。(下記に記入) | | | | |
| | 氏名 | 続柄 | 年収 年金等含む | 万円 | 加入 健康保険 | 他の組合/協会・国民健康保険 無保険・その他() |
| | 氏名 | 続柄 | 年収 年金等含む | 万円 | 加入 健康保険 | 他の組合/協会・国民健康保険 無保険・その他() |

2. 被扶養者情報

| 被扶養者の氏名 | 続柄 | 年齢 | 職業等 | 居住 | 加入健康保険 | |
|---|---|---|---|----------------------|------------------------------------|---------------------------|
| 健保 太郎 | 子・妻(夫) 父・母 その他() | 30 | 無職・アルバイト/パート 自営業・学生 その他() | 同居 別居 | 他の組合/協会/共済 国民健康保険・無保険 その他() | |
| 年収 | | | | | | |
| 収入 | アルバイト/パート (賞与含む) | 自営業 (確定申告額) | 不動産/利子/配当 (確定申告額) | 年金 (老齢/障害/遺族) | その他(傷病手当金/行政の 各種手当等含む) | 被保険者からの仕送り (別居の場合のみ記入) |
| あり (なし) | 0万円 | 0万円 | 0万円 | 0万円 | 0万円 | 万円/月 |
| 収入に関する 申立て✓ | <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者の収入は上記の通りです。今後、年収130万円(60歳以上は180万円)以上、または被保険者の収入の1/2以上の収入を得る見込みとなった時点で、速やかに扶養削除の申請をします。 | | | | | |
| 申請理由(○・複数可) | | | | | | |
| A) 被保険者の入社・社会保険加入のため | | E) 被扶養者の収入が減少 | | 婚姻日: 年 月 日 | | |
| B) 子の出生(子の母が当組合以外の健康保険加入である) | | F) 被扶養者との結婚 | | G) その他(具体的に記入してください) | | |
| C) 被扶養者の退職 退職日: 年 月 日 | | () | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者の雇用保険の受給終了 支給期間の最終日: 令和2年5月31日 | | () | | | | |
| 上記B)該当者 申立て✓ | <input type="checkbox"/> 子の母は、現在、産休育休中で無収入です。復職し、被保険者よりも収入が上回った場合は、速やかに子の扶養削除の申請をします。 | | | | | |
| 上記C)該当者 | 退職理由 | 雇用保険(失業手当)受給 | | 申立て | | |
| | 自己都合 会社都合 解雇 その他 () | <input type="checkbox"/> 受給する 基本手当日額: 円 受給開始日: 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 雇用保険の受給を開始し、受給額が日額3,612円以上の場合、速やかに扶養削除の申請をいたします。 | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 受給延長 理由: 妊娠・傷病・ その他() | | | | |
| <input type="checkbox"/> 受給しない 理由: 要件不該当・ その他() | <input type="checkbox"/> 再就職や事業開始等で収入を得られる見込みとなった時点で速やかに扶養削除の申請をします。 | | | | | |

上記の個人情報は、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用しません。