

健康保険 被扶養者申請調書 <配偶者用>

保険証	記号	番号	被保険者氏名(従業員)	扶養申請対象者の氏名(配偶者名)	年齢

★今回扶養申請する方について記入してください。(当該事項に○をし、記入箇所はもれのないようにしてください。)

1. 今回扶養申請することになった理由を選択し、日付やその理由を記入ください。

結婚(入籍) ※結婚前に勤めていた場合	入籍日	年	月	日	
	退職日	年	月	日	退職理由
	就労形態	社員・パート・アルバイト・派遣・自営・()			[必要書類①も添付のこと]
退職(失業)	退職日	年	月	日	退職理由
	就労形態	社員・パート・アルバイト・派遣・自営・()			[必要書類①も添付のこと]
失業給付の終了	終了日	年	月	日	[必要書類②も添付のこと]
任意継続を喪失	喪失日	年	月	日	[必要書類③も添付のこと]
収入の減少	減少した理由				
他	詳しい理由				

2. 直近に加入されていた健康保険について記入ください。

国民健康保険	自治体名				
健保・共済組合・協会けんぽ	健保名				
任意継続	健保名				
加入状況	加入中・喪失	資格喪失日	年	月	日 (※資格喪失日は退職日の翌日になります。)

3. 雇用保険(失業給付)の受給状況を記入ください。(直近2年以内に働いていた場合は必ず記入ください)

受給は終了した	終了日	年	月	日	[必要書類②も添付のこと]
受給を延長した	時期	年	月頃～	受給予定	受給開始後、すみやかに扶養をはずしてください。遅れると医療費の返還や後日複雑な手続きが必要となります。
これから受給予定である	時期	年	月頃～	受給予定	
受給しない	理由				
雇用保険に未加入であった	理由				

4. 出産予定について記入ください。

なし	あり	予定日	年	月	日
----	----	-----	---	---	---

5. 出産手当金または傷病手当金の受給予定について記入ください。

なし	あり	受給期間	年	月	～	年	月	[必要書類④も添付のこと]
----	----	------	---	---	---	---	---	---------------

6. 今後(申請時以降)の収入状況について記入ください。

無職無収入			
給与(パート・アルバイト)収入	月額	円	各種控除前、交通費込の支給額 [必要書類⑤も添付のこと]
年金 (老齢・厚生・共済・遺族・障害・企業・個人年金等)	年額	円	[必要書類⑥も添付のこと]
不動産・配当利子	年額	円	[必要書類⑦も添付のこと]
他()	年額	円	[必要書類⑦も添付のこと]

- [必要書類]
- ①退職日が確認できるもの(健康保険資格喪失証明・退職証明・離職票・雇用保険受給資格者証・退職日が記載された源泉徴収票のいずれか)(写可)
 - ②雇用保険受給資格者証の表裏両面(写)
 - ③資格喪失証明
 - ④支給内容のわかる支給決定通知書(写)
 - ⑤直近3ヵ月分の給与明細(写)
 - ※今後、収入が減少する場合は、月額108,334円(控除前額・交通費・賞与含む)未満で勤務することを勤務先で証明したもの(雇用契約書など)を提出
 - ⑥直近の年金改定通知書か年金振込通知書(写)
 - ⑦確定申告書と收支内訳書(青色申告決算書)の税務署受理印のあるもの(写)

誓約書

サントリー健康保険組合 理事長殿

本届書に記載した内容は事実と相違ありません。事実と相違していた場合(虚偽)には、扶養認定日に遡り認定の取消が行われても異議を申し立てません。なお、認定基準に該当しなくなった場合は、速やかに被扶養者削除の手続きを行います。また認定取消や届出遅延によりその間、貴健保が負担した医療費及び保険給付費等が発生した際は全額返金することを誓約します。

被保険者署名(自署の場合は印不要)

年 月 日

印