

Health Insurance Card Symbol		Health Insurance Card Number		Insured Person'S Name		Applied Person's Name		Age	
健康保険		123456		健康 太郎		健康 一郎		●●	
married (既婚) or Unmarried (未婚)		married (既婚)		Insured Person'S Name		Applied Person's Name		Age	
健康保険	被扶養者	申請調書	子ども用	EXAMPLE					

※被保険者に配偶者がいる場合[必要書類①]も添付のこと。(健保で扶養認定をうけている場合省略可)

★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。

<input type="radio"/> 配偶者からの扶養変更	変更する日	Date to change	年	月	日	[必要書類①も添付のこと]
<input type="radio"/> 被扶養者との養子縁組	縁組した日	Adoptive day	年	月	日	[必要書類②も添付のこと]
<input type="radio"/> 退職	退職日	Retirement	年	月	日	退職理由 Reason for retirement
<input type="radio"/> 失業給付の受給終了	終了日	End date	年	月	日	[必要書類③も添付のこと]
<input type="radio"/> 任意継続を喪失	喪失日	Lost date	年	月	日	[必要書類④も添付のこと]
<input type="radio"/> 他	詳しい理由	Detailed reason	lost health Insurance of voluntary continuation			

■今後の就労予定または再就職しない理由 ※扶養申請する方が就労可能年齢(18歳以上)の場合は必ず記入

Reasons for future employment or not re-employment

Moved alone for work (単身赴任) ・ other than that (それ以外)

Please choose to live with or separate from the insured. ※If you live separately, enter a circle for the reason

2. 被保険者との同居・別居を選択ください ※別居の場合は理由についてもいずれかに「○」を記入ください

同居 別居 (単身赴任) (それ以外) 別居先の住所 ●●県●●市●●町 1-2-3 [必要書類⑤も添付のこと]

3. 直近に加入されていた健康保険について記入ください。

Please fill in the health insurance you had

<input type="radio"/> 国民健康保険	National Health Insurance	自治体名	Municipality
<input type="radio"/> 健保・共済組合・協会けんぽ	健保名	●●●●健康保険組合	Health insurance company name
<input type="radio"/> 任意継続	health Insurance of voluntary continuation	保名	Health insurance company name
加入状況	加入中 (喪失)	資格喪失日	Lost date

4. 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)

Please fill in the status of unemployment insurance

<input type="radio"/> 受給は終了した	Finished receiving	終了日	End date	年	月	日	[必要書類⑥も添付のこと]
<input type="radio"/> 受給を延長した	Extended receipt	時期	Scheduled start	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。
<input type="radio"/> これから受給予定である	Will receive	時期	Scheduled start	年	月頃	受給予定	
<input type="radio"/> 受給しない	Do not receive	理由	reason				
<input type="radio"/> 雇用保険に未加入であった	I didn't have employment insurance	理由	就学児のため				

5. 傷病手当金の受給予定について記入ください。

Please fill in the schedule of receiving the maternity allowance or the Injury and illness allowance

なし None あり Yes 受給期間 年 月 ~ 年 月 [必要書類⑦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。

Please fill in your future income situation

<input type="radio"/> 無職無収入	Unemployed and no income	扶養申請する方が就労可能年齢の場合は、上記1. ■今後の就労予定または再就職しない理由に必ず記入のこと	
給与(パート・アルバイト)収入 ※各種控除前、交通費込の支給額	Salary (Part-time work) income	月額	monthly income
年金 (老齢・厚生・共済・遺族・障害・企業・個人年金等)	Pension income	年額	yearly income
不動産・配当利子	Real estate income, Dividend interest	年額	yearly income
他	other	年額	yearly income

【今回扶養申請する方が18歳以上の方】

18歳以上の方は就労可能な年齢にあり、被保険者の支援がなくても自立して生活できる場合が多くあります。この為、就労できない状態にあることを証明し被保険者が生活費のほとんどを負担しなくてはならない状態にある事を申告することが必要です。

- [必要書類] other
- 夫婦両方の源泉徴収票等、収入が確認できるもの(写可)
 - 世帯全員分の戸籍謄本・住民票
 - 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)
 - 資格喪失証明
 - 世帯全員分の住民票(扶養申請される子が16歳以上の別居の場合)
 - 雇用保険受給資格者証の表裏両面(写)
 - 支給内容のわかる支給決定通知書(写)
 - 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
- 直近の年金改定通知書か年金振込通知書(写)
 - 確定申告書と収支内訳書(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。

Application Date (YY/MM/DD)

No seal required for self-signed

被保険者署名(自署の場合は印不要)

●●年●●月●●日 健康 太郎

Insured Person's Name Seal