

Health Insurance Card Symbol 健康保険 被扶養者申請調書 <その他用> EXAMPLE

Table with columns: 記号, 番号, 被保険者氏名(従業員), 配偶者の有無, 扶養申請対象者の氏名, 続柄, 年齢. Values: 1234, 123456, 健康 太郎, 有, 健康 幸子, 母, ●●

※被保険者に配偶者がいる場合[必要書類⑨]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、記入箇所は必須)

Choose the one reason of Addition & Date dependency commenced : (YY/MM/DD)

1. 今 Bereavement with spouse 亡くなった日 The day of death を記入ください。 Divorce with spouse 離婚した日 Divorce day 退職 retired 退職日 Retirement 失業 End of unemployment benefits 終了日 End date 任意継続を喪失 Lost date 他 other 詳しい理由 Detailed reason

■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 Reasons for future employment or not re-employment

2. 直近に加入されている健康保険について記入ください。 Please fill in the health insurance you had. National Health 自治体名 Municipality name 健保・共済組合・協会けんぽ 健保名 Health insurance company name 任意継続 健保名 health insurance of voluntary continuation 加入状況 加入中・喪失 資格喪失日

3. 雇用保険(失業給付)の Subscription status: Under subscription (加入中) / loss (喪失) 場合は必ず記入ください。 Finished 終了日 End date 受給を延長した Extended receipt 時期 Scheduled start これから受給予定である Will receive 時期 受給しない Do not receive 理由 reason 雇用保険に未加入 I didn't have 理由 直近2年以内に働いていない。

4. 扶養申請対象者の住居 employment insurance について記入ください。 Owned house 持ち家 buy 購入者 (続柄) Relationship (氏名) Name 費用負担者 (続柄) Relationship (氏名) Name For rent 賃貸 Contractor 契約者 (続柄) Relationship (氏名) Name 費用負担者 (続柄) Relationship (氏名) Name other その他 (施設名) Name of facility

5. 扶養申請対象者のご家族状況(同居や生計費負担)について記入ください。 Spouse 配偶者 No いない 同居 別居 (氏名) Cost burden (費用負担額) Yen/Mont 円/月 Parent 親 No いない 同居 別居 (氏名) Cost burden 円/月 Child 子ども No いない 同居 別居 (氏名) Cost burden 円/月 Brothers and sisters 兄弟姉妹 No いない 同居 別居 (氏名) Cost burden 円/月

6. 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. None あり Yes 受給期間 Receiving period 月 ~ 年 月

7. 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. Unemployed and no income 無職無収入 Salary (Part-time work) income 給与(パート・アルバイト)収入 月額 monthly 円 年金 Pension income 年金 (老齢・厚生・共済・遺族・障害・企業・個人年金等) 年額 yearly income 960,000 円 不動産・配当利子 Real estate income, Dividend interest 年額 yearly income 円 other 他 年額 円

【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] 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世帯全員分の住民票 ⑤支給内容のわかる支給決定通知書(写) ⑥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)未済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 ⑦直近の年金改定通知書か年金振込通知書(写) 未済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 ⑧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) ⑨夫婦両方の源泉徴収票等、収入が確認できるもの(写可)

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) Seal 健康 太郎 印 Insured Person's Name