

【 被 扶 養 者 ( 申 請 者 ) 現 況 届 】

この届出は被保険者が被扶養者をどのように生計維持しているかを確認し、「被扶養者」としての要件をみたしているかを審査するために必要となります。未記入箇所が無い様にご記入ください。  
尚、記載の添付書類の他、状況に応じて添付書類を追加させて頂く事がありますのでご了承ください。

健康保険証の記号・番号( )

認定対象者(被扶養者にしようとする人)の氏名( ) 続柄( )

1. 今回の認定対象者の申請理由を記入してください。

- 退職したため( 年 月 日)  
退職理由  自己都合 在職期間( 年 月 日～ 年 月 日)  
 会社都合 在職期間( 年 月 日～ 年 月 日)  
 結婚 在職期間( 年 月 日～ 年 月 日)  
 出産 出産予定日( 年 月 日)  
在職期間( 年 月 日～ 年 月 日)  
 病気・ケガの療養 在職中にお休みをされていませんか?(はい・いいえ)  
在職期間( 年 月 日～ 年 月 日)  
 結婚のため(入籍日 年 月 日)  
 その他( )

2. 認定対象者の日常生活費のほとんどをこれから継続的に被保険者が援助せざるを得なくなった状況や理由を詳しくご記入ください。  
( )

3. 認定対象者に配偶者はいますか?(認定対象者が被保険者の配偶者以外の場合に記入してください。)

- 有 年齢( 歳)  
※配偶者の所得証明書と直近の年金振込通知書の写し(年金受給者のみ)要。  
 無 1.死別(遺族年金: 有・無) 2.離別 3.未婚

4. 認定対象者は現在健康保険に加入していますか?

- 加入中 1.国民健康保険 2.退職した会社の任意継続保険 3.その他( )  
 未加入

5. 年金等の収入はありますか?(該当の年金すべてに○してください。)

- 有 年金の種類 1.老齢 2.遺族 3.障害 4.企業年金 5.恩給  
6.共済 7.基金 8.その他( )  
※直近の年金振込通知書の写し、申請中の場合は「年金見込額票」要。  
 無 1.受給年齢に達してない 2.加入期間不足( ヶ月加入)  
3.未加入 4.その他( )

6. 勤労(パート・アルバイト等)による収入はありますか?

- 有 1.パート 2.アルバイト 3.派遣 4.その他( )  
一日当たりの勤務時間( 時間) 月平均勤務日数( 日)  
平均月収( 円/月)  
※直近3ヶ月以上の給与明細書写し、働き始めたばかりの場合は金額の推測ができる「雇用契約書」の写し要。  
 無 1.過去一年以上収入がない場合は、直近の所得証明書(市区町村発行のもの)を添付してください。  
2.過去一年以内に退職をされた場合は、離職票1.2の写し又は雇用保険受給者証の裏表のコピーを添付してください。  
※退職時の源泉徴収票のコピー、事業所発行の退職証明のいずれか一つ(退職日の確認できる書類)要。

7.自営業による収入はありますか？(自営、農業、保険の外交等)

有 業種( )

※直近1年間以上の確定申告控写し(受付印のあるもの)と収支内訳書写し要。

無

8.その他の収入について(あるものに○をつけてください。)

有 1.株式配当金 2.継続性のある譲渡収入 3.不動産 4.その他( )

※確定申告の写し要。

無

9.給付・各種手当金(あるものに○をつけてください。)

有 1.失業給付 2.出産手当金 3.傷病手当金 4.労災保険の休業補償  
5.その他( )

無

10.医療助成の有無(乳幼児医療制度は除く。)

有 1.重度障害 2.特定疾病 3.母子家庭 4.その他( )

※医療受給者証・障害手帳の写し要。

無

11.過去1年間に雇用保険の離職票の発行はありますか？

有 ※離職票1.2.の写し、雇用保険受給資格者証の写しのいずれか一つを添付してください。

既に受給終了 ※雇用保険受給者証両面のコピーを添付してください。

無 ※雇用保険未加入がわかる退職証明書、退職時の源泉徴収票の写し、いずれか一つを添付してください。

12.認定対象者の生活費について負担している内訳を記入してください。

1.住居費( 万円/月) 2.食費( 万円/月)  
3.光熱費( 万円/月) 4.雑費( 万円/月)

13.認定対象者と別居している場合

別居先で認定対象者と同居の家族がいる場合はその方が扶養できない理由を記入してください。

※配偶者は直近の所得証明書を添付して下さい。

同居の方の氏名( ) 続柄( ) 年齢( 歳)

職業( ) 年収( 万円)

扶養できない理由( )

上記、報告内容に虚偽の事実が判明した場合は虚偽が発生した時まで遡及して医療給付費を健康保険組合へ返還いたします。

年 月 日

被保険者氏名

印

ヤマザキマザック健康保険組合 理事長 様