

被扶養者認定に必要な添付書類を見て確認して下さい。

《扶養状況表》

所属事業所	被保険者氏名
〇〇〇	健保 太郎

1. 申請する被扶養者

フリガナ	ケンボ ハナコ	続柄	生年月日
氏名	健保 花子	妻	〇H〇〇.〇〇.〇〇生(〇〇才)

2. 扶養することになった理由(具体的に。入籍、離婚、死亡等の日付も記入してください。)

※平成〇〇年〇〇月〇〇日、入籍により、会社を退職して収入がなくなったため。
 ※年金のみの収入のため。

3. 申請する被扶養者の現在加入している健康保険(該当するものに〇印)

- | | |
|--|---------------------|
| (1)任意継続保険 | (4)組合・共済・船員 |
| <input checked="" type="radio"/> (2)国民健康保険 | (5)無保険 |
| (3)政府管掌保険 | (6)現在〔氏名 (続柄)〕の被扶養者 |

4. 被保険者との同居・別居について

同居 ・ 別居

別居の場合のみ記入

- 被保険者の転勤による単身赴任
- 在学中による家族との別居
- 施設入所による家族との別居
- それ以外による別居 (仕送り金額 月額 円)

1)以外の理由での別居は
 証明書の添付が必要です。

5. 過去1年以内の就業状況について

◎1年以内就業 有 ・ 無

勤務先	(株)〇〇〇
入社日	〇〇年〇〇月〇〇日
退職日	〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇月〇〇日喪失)※退職日の翌日が喪失日
事由	〇〇年〇〇月〇〇日 定年・出産・結婚・その他 により

退職票の発行 (退職時)	<input checked="" type="radio"/> 有	該当するものに〇印 1. 受給予定・給付制限期間中 2. 受給中 3. 受給終了 (終了日 年 月 日) 4. 受給延長中
	<input checked="" type="radio"/> 無	⑤ 受給なし ※雇用保険関係書類はすべて提出してください。(コピーを添付)

●この書類は、16歳以上の就学中の者を除く全員に「認定届」と同時に提出してください(被扶養者1名につき1部作成とします)。

●この書類は、被扶養者に認定する為に必要なものですから、正確にご記入してください。

6. 申請する被扶養者の収入状況

①給与収入(税金控除前の総収入額。賞与、通勤費等非課税収入含む)	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	年額	円
②年金収入			
国民年金	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	年額	300,000 円
厚生年金	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	年額	300,000 円
その他 (遺族、障害、共済、恩給、企業等-非課税扱いを含む)	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	年額	円
③事業収入 (必要経費を除いた所得額)	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	年額	円
④不動産収入 (必要経費を除いた所得額)	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	年額	円
⑤利子収入・投資収入(非課税分を含む総収入額)	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	年額	円
⑥雑収入 (原稿料、印税、講演料等。必要経費を除いた所得額)	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	年額	円
⑦その他継続性のある収入(譲渡、被保険者以外からの仕送り)	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	年額	円
59歳以下 年収が130万円未満		収入合計	600,000 円
60歳以上(または59歳以下の障害年金受給者) 年収が180万円未満			

7. 申請する被扶養者の配偶者について(該当するものに〇印)

有 ・ 無

- 配偶者はすでに当健保の被扶養者である。
- 配偶者はいない。(死亡、離婚など)
- 配偶者は別の健康保険に加入している。
- 配偶者の収入は無い。
- 配偶者の収入が有る。

夫婦単位での収入確認が必要となりますので、今回申請する扶養者に配偶者がいる場合は、その配偶者を申請していなくても、証明書の添付が必要です。

(配偶者の収入の種類:)
 (年間収入額 円)

※ 被申請者の配偶者の収入証明を提出してください。

申請後、扶養状況に変更があった場合は速やかに届出をしてください。
 万が一、この申告内容に虚偽があったり手続きを怠った場合には、認定日に遡って資格を取り消され当該期間中にわたり山崎製パン健康保険組合が負担した医療費及び給付金の全てを返還請求致します。