被扶養者状況届

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 記号 |  | 番号 |  | 氏名 |  |

１．被扶養者として申請する者の氏名等【※続柄は正確に記入下さい（例）長男・義母等】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 生年月日 |  | 年　　　　月　　　　日 |
| 続柄 |  | 年齢 |  | 居住状況 | 同　居　／　別　居 |

２．今回、なぜ扶養申請するのか該当する理由すべてに○か✔をして下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 会社を退職し、収入がなくなったから | ３の「ア」「オ」にも回答 |
|  | 病気やケガのため会社を退職したから | ３の「イ」「オ」にも回答 |
|  | 妊娠・出産のため会社を退職したから | ３の「ウ」「オ」にも回答 |
|  | 失業給付等の受給が終了したから | ３の「オ」にも回答 |
|  | 収入が減ったから | ３の「エ」「オ」にも回答 |
|  | 上記以外の場合 | ３の「オ」にも回答 |

３．「２」の申請理由について、それぞれの質問について回答して下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| ア．会社を退職し、収入がなくなったから | ・退職理由は定　年／契約期間満了／自己都合／その他 |
| ・副業はありますか？あ　り　／　な　し |
| イ．病気やケガのため会社を退職したから | ・傷病手当金の受給はありますか？あ　り　／　な　し |
| ・「あり」の場合現在受給中　／　受給終了 |
| ・受給期間は？年　　　月　　　日～　　　年　　　月　　　日 |
| ウ．妊娠・出産のため会社を退職したから | ・出産予定日　　　　　　　年　　　　月　　　　日・出産日　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| ・出産手当金の受給はありますか？あり（申請中）／受給予定／受給終了／受給しない |
| エ．収入が減ったから | ・収入が減った理由自営業収入の減／契約内容変更等による減 |
| ・他に事業や副業等の収入はありますか？あ　り　／　な　し |
| オ．今回扶養認定の申請をした理由を詳しく記入して下さい。 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |

４．申請する対象者の加入していた健康保険について【○か✔をして名称や理由を記入して下さい。】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 組合健保の被保険者 | 組合名 |  |
|  | 協会けんぽの被保険者 | 支部名 |  |
|  | 共済組合の被保険者 | 共済組合名 |  |
|  | 国民健康保険の被保険者 | 市町村名 |  |
|  | 家族の健康保険の被扶養者 | 組合名または支部名 |  |
|  | 健康保険には未加入 | 未加入の理由 |  |

５．家族構成について【申請する対象者は除く１８歳以上の家族を記入（同居別居含む）】

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 続柄 | 年齢 | 職　業 | 勤　務　先 | 月　収 | 同居／別居 |
|  |  |  |  |  | 万円 | 同居／別居 |
|  |  |  |  |  | 万円 | 同居／別居 |
|  |  |  |  |  | 万円 | 同居／別居 |
|  |  |  |  |  | 万円 | 同居／別居 |
|  |  |  |  |  | 万円 | 同居／別居 |
|  |  |  |  |  | 万円 | 同居／別居 |

６．申請する対象者の収入について【収入金額の記入と該当種別はすべて○をして下さい。】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 収　　入 | 収入の有無 | 収　　入　　金　　額　　と　　種　　別 |
| 給与収入 | □有・□無 | 月　額（　　　　　　　　　　　　　円）正社員／契約社員／パート／アルバイト |
| 年金収入 | □有・□無 | 年　額（　　　　　　　　　　　　　円）老齢／障害／遺族／共済／企業／労災補償 |
| 事業収入 | □有・□無 | 年　額（　　　　　　　　　　　　　円）自営／農業／林業／漁業／その他（　　　　　　　　　　　） |
| 保険給付金 | □有・□無 | 月　額（　　　　　　　　　　　　　円）雇用保険／傷病手当金／出産手当金／労災保険 |
| 不動産収入 | □有・□無 | 年　額（　　　　　　　　　　　　　円）賃貸家賃／駐車場／その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| その他の収入 | □有・□無 | 年　額（　　　　　　　　　　　　　円）利子／配当／その他（　　　　　　　　　　　　　　） |

【添付書類】

給与収入がある場合→給与明細のコピー、雇用契約書のコピー

年金収入がある場合→裁定・改定・振込通知書など年金額がわかるもののコピー

保険給付金がある場合→支給決定通知書など支給金額がわかるもののコピー

事業収入、不動産収入、その他の収入がある場合→確定申告書などのコピー

2020.07

７．申請する対象者が退職等による申請の場合【２年以内に転職退職がある場合は、複数の職歴を記入】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 入社日 | 昭和・平成・令和　　　　年　　　月　　　日 | 退職日 | 平成・令和　　　　年　　　月　　　日 |
| 勤めていた会社名 |  |
| 入社日 | 平成・令和　　　　　年　　　月　　　日 | 退職日 | 平成・令和　　　　年　　　月　　　日 |
| 勤めていた会社名 |  |
| 入社日 | 平成・令和　　　　　年　　　月　　　日 | 退職日 | 平成・令和　　　　年　　　月　　　日 |
| 勤めていた会社名 |  |
| 入社日 | 平成・令和　　　　　年　　　月　　　日 | 退職日 | 平成・令和　　　　年　　　月　　　日 |
| 勤めていた会社名 |  |
| 雇用保険（失業給付）の状況 | 添　　付　　書　　類 |
|  | 離職票がまだ交付されていない | 念書 |
|  | 給付制限中 | 受給資格者証の写と誓約書 |
|  | 受給中※ | 認定不可（※の場合受給資格者証写） |
|  | 受給延長中、受給延長予定 | 受給延長通知書（離職票１と２）の写と誓約書 |
|  | 受給していない、今後も受給しない | 離職票１と２の写と誓約書 |
|  | 受給資格がない★ | 下記参照 |
|  | 受給終了 | 受給資格者証写（受給終了の印字のあるもの） |
| 【註】２年以内に繰り返し転職退職がある場合は、雇用保険被保険者期間が通算され、受給権が発生する場合がありますので、それぞれの会社で発行された「離職票１と２の写」が必要となります。※受給中の場合で、基本手当日額が3,611円以下（60歳以上は基本手当日額4,999円以下）は認定★勤務先が雇用保険に入っていない場合は、「退職証明書」と「雇用保険未加入証明」両方が必要。証明書は、勤務先で書いていただくものですので書式は問いません。勤務先が雇用保険に入っている場合は、「雇用保険被保険者証写」か「離職票１の写」 |

８．申請する対象者が別居の場合　※別居理由が会社都合による被保険者の単身赴任の場合は記入不要

|  |  |
| --- | --- |
| 別居の理由 |  |
|  |
| 仕送り額と方法 | 仕送り額（　　　　　　　　　　円／月）ボーナス時期（　　　　　　　　　　　円）合　　計（　　　　　　　　　　　円／年） | 振　込／現金書留（送金証明添付） |
| 別居先の住所 |  |
| 別居先の同居者 | □有／□無 | 氏名（　　　　　　　　　　　　　）続柄（　　　　　　　） |
| 被保険者以外の生活援助者 | □有／□無 | 生活援助者氏名（　　　　　　　　　　　　　　　）生活援助者と被保険者との関係（　　　　　　　　）生活援助額（　　　　　　　　　　　円／月） |

**申請する対象者が妻以外（夫・子・父母・祖父母・兄弟姉妹など）の場合は、**

**同居・別居を問わず下記質問事項にも回答して下さい。**★「子」が学生の場合は記入不要。

９．申請する対象者の生活費について【あてはまるものにすべて○か✔をして記入をして下さい】

⇒書いていただくのは、申請する対象者の１か月に必要な生活費です。

⇒生活費とは・・・食費、光熱費、住居費、被服代、通信費、学費、教養娯楽・交際費、病院代、保険代など

☆回答が「イ」「ウ」に該当する場合は、太枠下段「オ」にも記入して下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ア.申請する対象者の収入で生活している | 円／月 |
|  | イ.被保険者が一部負担している　→「オ」 | 円／月 |
|  | ウ.全面的に被保険者が負担している　→「オ」 | 円／月 |
|  | エ.被保険者以外に生活費を負担している者がいる | （氏名：　　　　　　　　　　　　　　）円／月（氏名：　　　　　　　　　　　　　　）円／月 |
| 申請する対象者の生活費合計 | 円／月 |
| オ.被保険者の収入と世帯の生活費 | 収　入：　　　　　　　　　　　円／月生活費：　　　　　　　　　　　円／月 |

|  |
| --- |
| 上記記載の内容に相違ありません。届出の要件が事実と異なることが判明した場合は、認定日を遡って取消され、その間の保険給付等はすべて返還いたします。なお、被扶養者認定された者が認定基準に該当しなくなった場合は、速やかに被扶養者の抹消の手続きを行います。 |
| 　　　年　　　月　　　日合同製鐵健康保険組合　理事長　殿被保険者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

下記は事業主の確認欄になりますので、被保険者、申請対象者の方は記入しないで下さい。

担当者の方は、確認の上□に✔を入れ記名・押印をお願いいたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業主確認欄 | □記載内容の確認□添付書類の確認 | 担当者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| □上記事項についての確認 | 担当所属長：　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

2020.07