

NTN健康保険組合理事長 殿

健康保険被扶養者調書（配偶者及び義務教育終了前の子用）

※この届出書は被保険者が扶養認定を申請するご家族（認定対象者）のことをご記入下さい。

※この届出書は認定対象者1名につき1部提出が必要となります。（扶養認定を受けている妻が出産した新生児は不要）

※該当する項目全て○で囲み、状況により必要事項を記入して下さい。未記入や不備があった場合、扶養審査が行えず認定日が遅れる事があります。

※被扶養者異動届、世帯全員の住民票（続柄・筆頭者記載あり、3ヶ月以内発行のもの）その他の添付書類と共に提出して下さい。

認 定 対 象 者 氏 名	生 年 月 日	年 齢	続 柄	性 別	現住所
フリガナ	昭和 平成 令和	歳		男 ・ 女	〒
	年 月 日				

1. 扶養申請の理由

① 入社(取得)にともなう申請

② 退職

③ 雇用保険受給終了(雇用保険受給資格者証を添付してください)

④ 結婚

⑤ 任意継続加入申請

⑥ 上記の①～⑤に該当しない場合は、あなたが、その家族を扶養しなければならない具体的な理由を記入してください(書ききれない場合は別紙にご記入下さい)

2.現在加入している健康保険について

① 各種健康保険の被保険者(組合名等)

② 家族の扶養(被保険者名)

③ 国民健康保険に加入

④ 任意継続保険に加入

⑤ 無保険である

⑥ その他(

3.認定対象者が子の場合、あなたの配偶者について

① 今回、同時に申請、または、すでにNTN健康保険組合の被扶養者である

② 離別・未婚(配偶者より認定対象者へ養育費等の受給の有無： 有 ・ 無 受給金額:毎月 円)

③ 死別

④ 上記①～③に該当しない場合は配偶者の収入の証明書(源泉徴収票、所得証明書等)を添付して下さい

4.あなたと認定対象者の居住区分について

現在あなたと同居していますか？ 同居 ・ 別居

別居の場合、その理由は？ ① あなたが単身赴任のため(単身赴任とは会社の命を受け、家族と別居していることです)

② 特別養護老人施設等へ入所しているため(入所証明書を添付して下さい)

③ その他[](送金証明を添付して下さい)

5.認定対象者の収入について

① 無 収 入(該当箇所に○を記入して下さい)

収入のない理由		添付書類
	義務教育終了前の子	不要（所得証明書等必要な場合あり）
	配偶者で最近(1年以内に)退職の専業主婦(夫)	所得証明書・源泉徴収票及び 6.をご記入下さい
	配偶者で専業主婦(夫)	所得証明書(＊)
	その他()	所得証明書(＊)

＊所得証明書に給与収入がある場合は源泉徴収票が必要な場合があります

② 収入がある（全項目の収入の有無を記入してください）

収入内訳				添付書類
給与収入(アルバイト・パート含む)		有 ・ 無	年額 円	所得証明書・給与見込証明書
年 金 収 入	老齢基礎・厚生年金	有 ・ 無	年額 円	所得証明書及び 直近の年金振込通知書
	遺族年金	有 ・ 無	年額 円	
	障害年金	有 ・ 無	年額 円	
	共済年金・恩給	有 ・ 無	年額 円	
	企業年金・個人年金等	有 ・ 無	年額 円	
家賃・農業・副業(原稿料等)収入		有 ・ 無	年額 円	所得証明書及び確定申告書(全て)【写】
他者からの援助		有 ・ 無	年額 円	所得証明書及び収入が分かるもの
その他()		有 ・ 無	年額 円	所得証明書及び収入が分かるもの

年金収入がない方、全員ご記入下さい

①申請中

②まだ申請できない

1. 受給年齢に達していないため

2.その他()

③受給資格無

(理由：)

6.最近(1年以内)に退職、または所得証明書に給与収入があつて現在無職の場合

- ① 退職日 平成・令和 年 月 勤務先()
- ② 雇用保険の失業給付について

該当箇所にご記入下さい		添付書類
☐	受給資格がない	離職票1・2又は雇用保険資格喪失確認通知書又は雇用保険未加入証明書、源泉徴収票
	その理由 ☐ 加入していなかった ☐ 加入期間不足 ☐ その他()	
☐	受給資格はあるが受給しない	離職票 1・2、雇用保険に関する申立及び誓約書、源泉徴収票
☐	受給中(受給日額3,612円未満の場合)	雇用保険受給資格者証(裏表)【写】、源泉徴収票
☐	受給延長する	離職票 1・2、受給延長通知書、雇用保険に関する申立及び誓約書、源泉徴収票
☐	受給終了した	雇用保険受給資格者証、源泉徴収票(不要の場合あり)

③ 健康保険の手当金について

傷病手当金を受給している、または請求予定がある	はい ・ いいえ	} 受給している場合は支給決定通知書を添付して下さい
出産手当金を受給している、または請求予定がある	はい ・ いいえ	
➡ はいの場合出産(予定)日 平成 ・ 令和 年 月 日		

④ 労災保険について

休業(補償)給付金を受給している、または請求予定がある	はい ・ いいえ	受給している場合は支給決定通知書を添付して下さい
-----------------------------	----------	--------------------------

7.都道府県及び市町村が実施している医療助成について

※ 受けている方のみご記入下さい

- ①障害者 (年 月 日 より 級に認定)
- ②母子・父子(年 月より 歳まで)
- ③子ども・乳幼児 (年 月より 歳まで)
- ④特定疾病、その他(年 月より助成) 病名
- ①・②該当者は公費負担医療助成に関する届けを提出して下さい

誓約書	本届の申告に事実と相違があった場合、被扶養者の認定を取り消すとともに、その間にかかった医療費・保険給付費等、健康保険組合が負担した金額を全額返納することを誓約します。 また、認定基準を満たさなくなった場合は、速やかに扶養削除の手続きを致します。 認定基準を満たさなくなったことが後日判明した場合も同様とします。	令和 年 月 日
		記号・番号 —
		住所 〒
		被保険者氏名(自署) ㊞

事業所証明欄

この届けについて事実相違ないことを証明します。

番号に該当の場合は○、不該当の場合は×印をしてください

1. 扶養家族手当支給
2. 税扶養控除対象者
- 3.会社都合の単身赴任者

所属長	担当者

健保記入欄

認定年月日	常務理事	事務長	担当者
令和 年 月 日			