

健保 決裁 欄	常務理事	検	検	検	担当者	事 業 所	所属長	担当者	受付印

健 保 入 欄	続柄コード	認定年月日	システム登録	マイナンバー	枝番	情報照会					
			/	/	/	/	世帯	同別	収入	計	
	生計費関係の金額				情報照会 収入詳細						
	A 被保険者の家計投入可能額 (年収 円×0.7)		円	生計費依存割合の判定							
	B 認定対象者の年収 (両親のときは合計額)		円	・60歳未満	130万円-B	円	>0				
	C 被保険者の同居世帯人員 (認定対象者が同居の場合含む)		人	・60歳以上	180万円-B	円	>0				
D 被保険者世帯の 生計水準 $\frac{A+B}{C}$		同居の場合記入 円	・両親のとき	基準額-B	円	>0					
E 認定対象者に対する仕送り (年額)		別居の場合記入 円	仕送り後の生計 水準として判定		$1 - \frac{B}{D}$ 又は $\frac{B}{2D}$ (2D=両親の時)	>0.3					
			$\frac{A-E}{C}$	円	$\geq B+E(2人: \frac{B+E}{2})$						
			E-B	円	$\geq 0$						

### 健康保険被扶養者加入登録届

被 保 者 記 入 欄	被保険者証記号	被保険者証番号	認定対象者に関する事項								
			氏名	生年月日	性別	続柄					
1 2 3 4 5 6 7 8 9		カガキ	サンヨウ イチロウ	昭和 平成 令和	男	長男					
		漢字	三洋 一郎	12年5月5日	女						
被保険者と別居の場合、認定対象者の現住所を記入してください。(マンション名、部屋番号まで記入してください。)											
〒 △△△-△△△△ 愛知 都道府県 名古屋市名古屋町名古屋3-3 名古屋マンション3号											
電話番号(市外局番から記入) 090 - △△△△ - △△△△											
※ 認定対象者の現況2・3以外の申請者は、下記内容に該当する項目を全て記入して下さい。											
保 険 者 記 入 欄	認定対象者のこれまでの状況			収入の有無	無 ・ 有 (下記内容を記入)						
	認定対象者の現況 (該当番号に○印)	0 無職 1 就労不能 2 乳児～中学生 3 高校生 4 その他の学生(令和2年3月卒業予定) 5 就業 6 不就労だが収入あり		収入の種類	名称または期間		金額				
	直近1年間の 職種・勤務先名称			年金・恩給 (該当に○印)	公的年金・企業年金 遺族年金・障害年金 恩給・その他( )		年額	円			
	退職・廃業年月日	年 月 日 退職・廃業		給与収入 (アルバイト パート含む)			年額	円			
	現在加入している 医療保険 (該当に○印)	1 国民健康保険 2 任意継続 (健保組合・共済組合・その他)		最新の 収入額	自営業			年額	円		
	*2・3の場合 保険証コピーを添付	3 社会保険の扶養家族 4 生活保護 5 未加入			不動産収入			年額	円		
	2.の「任意継続」に加入中の方は、保険料を 何月分まで納めていますか( 月分まで)				農業収入			年額	円		
					失業給付	年 月 日まで	日額	円			
				傷病手当金	年 月 日まで	月額	円				
				その他 退職金等			金額	円			
				仕送りの有無	無 ・ 有 (月額 80,000円)						
上記の者を私の健康保険被扶養者として申請するにあたり、被扶養者の現況は記載内容のとおり相違ありません。											
令和 1 年 1 月 15 日 サンヨー連合健康保険組合理事長 殿											
被保険者		事業所 名称	△△電機(株) 大阪(事) (任意継続に加入の方は記入不要)								
		氏名	三洋 太郎								

【注】◇記載不備に対する問い合わせまたは後日指定される裏付書類などの回答を期日までにに行わない場合、この申請は取り下げられたものとみなします。