

被扶養者状況届

義務教育終了年齢以上(学生を除く)の方はこの届を提出してください

認定対象者について下記に該当するものに○印または記入をしてください。
ボールペン等、消えない筆記具でご記入ください。消せるボールペン等(フリクション等)は不可です。
訂正箇所は二重線のうえ訂正印を押印ください。修正テープは不可です。

R5.4 改訂

健康保険被保険者証			被保険者氏名	認定対象者氏名	続柄	認定対象者生年月日		年齢	同居・別居
記号		番号				昭和 平成 令和	年 月 日	才	同居・別居

【1】今回扶養申請することになった理由を()内に詳しく記入してください。

※状況が不明な場合は認定できません。

()

【2】2年以内に勤めたことがある場合は記入してください。

1・直近の退職について記入してください。

① 勤めた期間→ 年 月 日 ~ 年 月 日退職

② 勤務先の雇用保険加入→ なし・あり⇒③へ記入

③ 失業保険受給状況

ア・受給終了 イ・受給まち ウ・受給延長中 エ・受給しない

オ・受給資格なし カ・受給中 キ・その他()

2・上記以外で勤めた回数複数ある場合はすべて記入してください。

勤めた期間→ ① 年 月 日 ~ 年 月 日退職

勤務先の雇用保険加入→ なし・あり(失業保険受給 →有・無)

② 年 月 日 ~ 年 月 日退職

勤務先の雇用保険加入→ なし・あり(失業保険受給 →有・無)

③ 年 月 日 ~ 年 月 日退職

勤務先の雇用保険加入→ なし・あり(失業保険受給 →有・無)

【3】対象者の現在までの健康保険について記入してください。

1・現在未加入 (直前の加入保険について下記に回答してください)

ア・健康保険(年 月迄) イ・任意継続保険(年 月迄)

ウ・共済組合(年 月迄) エ・国民健康保険(年 月迄)

オ・その他()

2・現在国民健康保険に加入中

3・現在任意継続保険に加入中

4・上記以外()

【4】別居されている場合は仕送りについて記入してください。

1・被保険者からの仕送りをしていない → 仕送り月額 円

2・被保険者からの仕送りはしていない (理由:)

【5】現在の収入金額を記入してください。

1・パート収入・アルバイト収入 月額 円

雇用保険加入 → あり・なし

2・給与収入以外の収入 月額 円

(種類に○印 ⇒ 営業所得・雑所得・不動産所得・譲渡所得・その他)

※所得証明書で確認します。直近の確定申告書類一式を必ずご提出ください。

3・年金収入(種類に○印 ⇒ 老齢・遺族・障害・恩給・年金基金・その他)

合計年金額 年額 円

4・雇用保険給付金 日額 円

5・傷病・出産手当金等 日額 円

6・その他() 月額 円

【6】出産予定のある人は記入してください。 出産予定日 年 月 日

【7】両親等のうち1人を申請する場合その方の配偶者について記入してください。

1・離婚

2・死亡(H・R 年 月 死亡)

遺族年金受給 → 有・無・申請中

3・別の保険に加入している → 被保険者として・被扶養者として

4・被保険者の被扶養者としてすでに認定済み

被扶養者状況届のとおり申請いたします。届出記載内容が事実と相違していた場合、被扶養者資格の抹消もしくは遡って認定取消および当該期間の医療費等の返還請求をされても一切の異議申し立ては行いません。また、収入増や就職など扶養状況に変更があった場合は、速やかに扶養抹消の手続きを行います。

SGホールディングスグループ健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日 被保険者氏名(自署) _____ 印