

# 被扶養者認定申請書(子・配偶者以外)

下記の申請対象者は私が主として生計を維持する者(生活費の半分以上を負担している者)であるので健康保険法第1条の規定に基づく被扶養者として認定下されたく申請いたします。

※扶養申請対象者が退職後すぐの場合は、6ヶ月の扶養実績が経過した後申請してください

TOYO TIRE健康保険組合

被保険者:あなた「被保険者(本人)」のことを書いてください					
記号	番号	氏名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 年 月 日	年齢 歳
住所			電話 (携帯可)		
収入合計	給与収入	年間収入(賞与等含む)	申請対象者が別居の場合の仕送り額		円/月

扶養申請者:今回扶養に入れたいご家族のことを書いてください					
認定対象者 氏名		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 年 月 日	年齢 歳	続柄
住所			電話 (携帯可)		

扶養申請理由:今回あなたが扶養しなければならなくなったのは何故ですか?	
<input type="checkbox"/> 被保険者入社	<input type="checkbox"/> 配偶者死亡のため 死亡日: 年 月 日
<input type="checkbox"/> 退職のため 退職日: 年 月	<input type="checkbox"/> 任意継続終了( 年 月 日資格喪失)
<input type="checkbox"/> 雇用保険受給終了	<input type="checkbox"/> その他( )
<input type="checkbox"/> 離婚のため <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 自営業廃業のため	
※理由を詳細に記入してください	
※別居の場合は、直近6ヶ月の仕送り証明書(誰から誰へ、いつ、いくら支払ったか明記されている「送金事実が確認できるもの」および「仕送り誓約書」を提出してください。	

家族状況:あなた「被保険者(本人)」の家族状況を書いてください					
今回の申請対象者を含む世帯全員について記入して下さい。	申請家族及び世帯家族の氏名	続柄(妻・長男・父・母等)	年齢 歳	区分 同居・別居 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	収入見込み額(収入がない場合0円と記入) 円/月
			歳	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	円/月
			歳	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	円/月
			歳	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	円/月
			歳	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	円/月
			歳	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	円/月
又、申請対象者に対する他の親族からの援助がある場合は、その方の氏名と援助額を記入して下さい。			歳	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	円/月
			歳	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	円/月
			歳	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	円/月
			歳	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	円/月
			歳	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	円/月
			歳	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	円/月

■ 被保険者(あなた)以外に、申請対象者に扶養義務者(配偶者・父母・兄弟他親族がいる) ( <input type="checkbox"/> いる ・ <input type="checkbox"/> いない )					
■ 上記がいるの場合、被保険者(あなた)と申請対象者以外に収入のある者がいる ( <input type="checkbox"/> いる ・ <input type="checkbox"/> いない )					
上記がいる場合	その者の続柄(被保険者の: )	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	収入	<input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> その他	円/月
	その者の続柄(被保険者の: )	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	収入	<input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> その他	円/月

扶養申請者の健康保険(申請前)について書いてください	
申請前の健康保険(該当項目に✓)	必要な添付書類
<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 健康保険組合・協会けんぽ・共済 <input type="checkbox"/> 健康保険未加入(未加入 年 月~ )	①健康保険組合または事業主が発行した資格喪失日が判る証明書 1)資格喪失証明書(写しでも可) 2)任継満了の場合、資格喪失(予定)通知の写し ※国民健康保険に加入していた(している)場合は不要

添付書類(必須)	
1) 続柄等が明記された世帯全員の住民票(写)	
2) 18歳以上には、前年の収入額が明記された所得証明書(写)または確定申告書(写)	
但し、学生は有効期限の記載面を含む学生証(写)または在学証明書	

申請対象者の今後1年間の見込収入(無の場合✓、有の場合金額記入)			必要な添付書類	
給与(パート・アルバイト含む)	<input type="checkbox"/> 無	月額 円	直近3か月間の給与明細書(写)	
年金(種類: )	<input type="checkbox"/> 無	月額 円	年金改定通知書(写)または年金振込通知書(写)	
自営業収入	<input type="checkbox"/> 無	月額 円	確定申告書(第一表・第二表(写))及び収支明細書(または損益計算書)(写)	
配当収入	<input type="checkbox"/> 無	月額 円		
出産手当金、傷病手当金、労災の休業補償	<input type="checkbox"/> 無	月額 円	支給決定通知書(写)	
その他( )	<input type="checkbox"/> 無	月額 円	収入の内容・金額を証明する書類	

雇用保険等について(該当項目に✓)		必要な添付書類	
<input type="checkbox"/> 退職等に伴う申請ではない ※雇用保険に関する添付書類不要		①受給予定および待機期間中の場合 ※ 1) 離職票-1、-2の写し、および雇用保険受給資格者証(両面)の写し 2) 雇用保険失業給付受給等に関する誓約書	
<input type="checkbox"/> 受給資格が無い 理由: <input type="checkbox"/> 1.加入期間不足のため <input type="checkbox"/> 2.在職中未加入のため		②雇用保険未加入の場合 1) 退職月の給与明細(写)、公務員で未加入の場合は辞令(写) ③受給資格なし(加入期間不足) 1) 離職票-1、-2の写し、雇用保険資格喪失確認通知書の写しのいずれか ④受給しない場合 1) 離職票-1、-2の写し、雇用保険資格喪失確認通知書の写しのいずれか 2) 雇用保険失業給付受給等に関する誓約書 ⑤延長した場合 1) 離職票-1、-2の写し、および受給資格延長通知書(写) 2) 雇用保険失業給付受給等に関する誓約書 ⑥受給中の日額が認定基準内の場合 1) 雇用保険受給資格者証(両面)の写し ⑦受給終了の場合 1) 「受給終了」印がある雇用保険受給資格者証(両面)の写し	
<input type="checkbox"/> 受給予定(待機期間中)			
<input type="checkbox"/> 受給しない 理由: <input type="checkbox"/> 1.就労の意思が無いため <input type="checkbox"/> 2.病気療養のため <input type="checkbox"/> 3.出産・育児等で延長のため			
<input type="checkbox"/> 受給中の日額が認定基準内のため			
<input type="checkbox"/> 受給終了となったため			

誓約書	
本申請書に記載した内容は事実と相違ありません。事実と相違していた場合(虚偽)には、扶養認定日に遡り認定の取消が行われても異議を申し立てません。なお、認定基準に該当しなくなった場合は、速やかに被扶養者削除の手続きを行います。また、認定取消や届出遅延によりその間、貴健保が負担した医療費及び保険給付費が発生した際は全額返金することを誓約します。	
年 月 日	被保険者氏名: _____ 印
	※署名又は記名押印

事業主の証明	この届出について事実と相違ないことを証明します。 年 月 日

健保受付印