

# 扶 養 理 由 書

令和	年	月	日	確 認	※以下の必要事項に記入し、該当する□にチェックして下さい。									
常務理事	事務長	担当者			※この届は被扶養者に認定するために必要なものですから正確にご記入下さい。									
					記載内容は、ユニチカ健康保険組合「個人情報保護管理規程」に定められた範囲でのみ使用します。記載内容が外部にもれることはありません。									
被保険者等の	記号		被保険者の	氏 名	生年月日	S	H	年	月	日 ( 歳 )				
	番号			住 所										
「子女」を扶養する場合のみ記入下さい 被保険者の配偶者の有無					<input type="checkbox"/> 有 → 配偶者を健康保険の扶養に <input type="checkbox"/> している 又は 同時に申請中 <input type="checkbox"/> 無 → ( <input type="checkbox"/> 離婚→(養育費 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚→(養育費 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) )									
1. 被認定者(扶養しようとする人)の氏名					2. 生年月日		S	H	R	年	月	日 ( 歳 )	3. 続柄	
4. 扶養者として申請する事由 ※該当する□すべてにチェック					<input type="checkbox"/> 被保険者の資格取得のため〔入社・任職〕 <input type="checkbox"/> 出生のため <input type="checkbox"/> 被保険者との婚姻のため <input type="checkbox"/> 失業給付(又は傷病手当金・出産手当金)受給終了のため <input type="checkbox"/> 退職・廃業のため <input type="checkbox"/> 雇用契約、収入状況の変化のため <input type="checkbox"/> 別居から同居になったため <input type="checkbox"/> その他詳しく{									
5. 同居・非同居の区別 ※非同居の理由が「その他」の方は、送金方法及び送金額を記入下さい					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 非同居 → (住所) _____ (非同居の理由) <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 子の進学 <input type="checkbox"/> その他詳しく( ) (送金方法) <input type="checkbox"/> 銀行又は郵便振り込み <input type="checkbox"/> 現金書留 (送金額) 年間: _____ 円									
6. 家族状況 ※被保険者および被認定者と同居している家族については、必ず全員記入下さい														
氏 名 (被認定者は記入不要)	被保険者との続柄	年齢	学年/職業	月収	被保険者と同居・非同居の区分			非同居時の住所						
					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 非同居									
					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 非同居									
					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 非同居									
					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 非同居									
7. 加入している(していた)医療保険制度					<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 健康保険組合、協会けんぽ、共済組合 → ( <input type="checkbox"/> 本人として加入 <input type="checkbox"/> 家族として加入 ) <input type="checkbox"/> 任意継続 → ( <input type="checkbox"/> 本人として加入 <input type="checkbox"/> 家族として加入 ) <input type="checkbox"/> 未加入 (H R 年 月 日から)									
8. 現在の状況 ※ 該当する□すべてにチェック					<input type="checkbox"/> 未就学児・小学生・中学生 <input type="checkbox"/> その他の学生 ( <input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 定時制 <input type="checkbox"/> 通信制 ) → (卒業予定) R 年 月 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト・自営業(営業・農業等) → (職業又は会社名) _____ → (就職した(事業を始めた)時期) S H R 年 月 <input type="checkbox"/> 年金受給者 <input type="checkbox"/> 上記以外で無職 <input type="checkbox"/> 出産予定 → (出産予定日) R 年 月 日									
9. 今後1年間の収入状況 ※すべての項目に金額を記入下さい ※収入のない項目には0円と記入下さい					・ 給与収入(パート・アルバイト等) → 年額: _____ 円(通勤交通費・賞与を含む) ・ 自営業収入(営業・農業等) → 年額: _____ 円 ・ 不動産賃貸収入 → 年額: _____ 円 ・ 雇用保険の失業給付 → 日額: _____ 円 ・ 傷病手当金・出産手当金・労災給付金 → 日額: _____ 円 ・ 年金、恩給 老齢年金 → 年額: _____ 円 障害年金 → 年額: _____ 円 遺族年金 → 年額: _____ 円 企業年金 → 年額: _____ 円 その他年金( ) → 年額: _____ 円 ・ 他の家族からの援助金(養育費、仕送り等) → 年額: _____ 円 ・ その他の収入(利子・配当・投資収入等) → 年額: _____ 円									
「前職を退職後1年以内」又は「前職を退職後1年以上でも失業給付受給延長中」の方のみ記入下さい					<input type="checkbox"/> 退職後1年以内 <input type="checkbox"/> 退職後1年以上でも失業給付受給延長中 (職業又は会社名) _____ (退職又は廃業年月日) H R 年 月 日 (失業給付の状況) <input type="checkbox"/> 雇用保険に加入していなかった <input type="checkbox"/> 加入期間不足のため受給できない <input type="checkbox"/> 受給しない → (理由具体的に) _____ <input type="checkbox"/> 受給中(予定) → (日額) _____ 円 <input type="checkbox"/> 受給終了 → (終了日) H R 年 月 日 <input type="checkbox"/> 受給延長(予定)→(理由) <input type="checkbox"/> 病気・けが <input type="checkbox"/> 妊娠・出産・育児 <input type="checkbox"/> 親族の介護 <input type="checkbox"/> その他( )									
10. 失業給付の状況														
11. 被認定者との生計維持の割合					$1 - \frac{\text{被認定者の年収 (円/年)}}{\text{被保険者の年収 (円/年)}} \times 100 = \text{ } \% \text{程度}$									

## ユニチカ健康保険組合 殿

上記のとおり現況を届けます。この届により被扶養者として認定を受けたあと、事実と相違があった場合、被扶養者認定日に遡って被扶養者資格を取り消しされても異議はありません。またその際には、貴健保が負担した医療費、保険給付金等は、全額返済致します。

この届は、申請者本人(被保険者)が作成したものです

令和 年 月 日

被保険者氏名