

1. この認定資料は、認定対象者が16歳未満の場合に使用します。16歳未満の認定対象者が複数名いる場合は、1世帯につき1枚の提出で構いません。
2. 以下【1】～【6】の事項に漏れのないよう記入または該当する項目にチェック☑を付けてください。

【1】被保険者についてご記入ください。

被保険者氏名	配偶者の有無	年齢
西日本 樹	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	30 歳

【2】0歳～15歳までの認定対象者についてご記入ください。

認定対象者氏名	被保険者との続柄	年齢	職業／学年	現在の月収(総支給額)	同居・別居
西日本 桜	長女	0 歳	乳児	0 円	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
		歳		円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
		歳		円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
		歳		円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居

認定対象者が申請直前に加入していた医療保険の種類について

- A.被用者保険(組合健保、協会健保、共済組合) ⇒ 被扶養者
B.その他 ⇒ 国民健康保険 無保険(海外居住による) その他(出生のため)

【3】【2】以外で生計を一にする家族(被保険者と認定対象者以外)についてご記入ください。※被扶養者であるかないかにかかわらずご記入ください。

生計を一にする家族の氏名	続柄	年齢	職業／学年	現在の月収(総支給額)	同居・別居
西日本 花	配偶者	29 歳	パート <input checked="" type="checkbox"/> 産休・育休中である	0 円	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
		歳		円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
		歳		円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
		歳		円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居

【4】被保険者の配偶者が産休・育休中である場合のみご記入ください。

産休・育休期間	平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 3年 2月 19日～令和 4年 3月 31日	産休・育休期間前の月収	98,000 円
---------	--	-------------	----------

【5】生計費等についてご記入ください。

① 1か月の所要生計費(概算金額) / 被保険者を含む家族の人数	同居の方		別居の方	
	200,000 円 (本人+家族の人数 3 名)		円 (家族の人数 名)	
② 被保険者は、認定対象者の生計費をどの程度負担していますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 全部	<input type="checkbox"/> 半分以上	<input type="checkbox"/> 半分未満	<input type="checkbox"/> その他()
③ 被保険者以外で、認定対象者の生計費を負担している方はいますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 他に負担者なし <input type="checkbox"/> 他に負担者あり ⇒ 【氏名 / 続柄 / 負担額 円】			
④ 認定対象者と別居している場合	<input type="checkbox"/> 送金していない <input type="checkbox"/> 送金している ⇒ 【毎月の送金額 円】			

【6】被扶養者として申請する理由についてご記入ください。

申請理由	必要書類・注意事項等
<input type="checkbox"/> ①被保険者が当組合で資格取得したため	<input type="checkbox"/> ⑤その他(項目にない場合、扶養するに至った事情(経緯)、その時期等について具体的に記入ください)
<input checked="" type="checkbox"/> ②出生のため	
<input type="checkbox"/> ③被保険者が配偶者の収入を上回ったため	
<input type="checkbox"/> ④日本国内に住所を有することとなったため【転入日 令和 年 月 日】	

この届書を健康保険組合へ提出する日を記入してください。

被保険者証記号・番号を必ず記入してください。

※資格取得時等、記号・番号が決まっていない場合は空白でご提出ください。

削除の手続きを行います。

健康保険被保険者証	記号	●●●●	番号	●●●●
被保険者氏名	西日本 樹			

上記を確認しました。

令和 3年 4月 5日

事業主記載欄	事業所所在地	大阪府大阪市西区川口●●●
	事業所名称	西プラ工業株式会社
	事業主氏名	健保 一郎