

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
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	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
		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
		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( )

【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
	配偶者	歳	<input type="checkbox"/> 産休・育休中である	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
		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・令和 年 月 日～令和 年 月 日	産休・育休期間前の月収	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	
	円(本人+家族の人数 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 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 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 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】	

上記のとおり相違ありません。事実と異なる内容があった場合には、認定日に遡り被扶養者の資格を取り消し、その期間にかかった保険給付は全て返還いたします。また、収入増等で扶養状況に変更があった場合は速やかに扶養削除の手続きを行います。

上記を確認しました。 令和 年 月 日

健康保険被保険者証	記号	番号
被保険者氏名		

事業主記載欄	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名
--------	--------------------------