

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】～【4】の事項に漏れ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。また、下部の【被保険者の誓約】をご確認の上、被保険者記載欄、事業主記載欄(任意継続の申請は除く)も必ずご記入ください。

【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	年金収入の受給状況
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	歳	<input type="checkbox"/> 年金収入なし <input type="checkbox"/> 年金収入あり(注1) ⇒ 【月額 円】 (注1) 状況により被保険者の年金振込通知書(写)の提出を求める場合があります

【2】今回の認定対象者についてご記入ください。

今回の認定対象者氏名	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

① 認定対象者は、申請直前までいずれの医療保険に加入していましたか？

- 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( )

② 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？ ※負担している方(認定対象者も含む)がいる場合は【 】どちらにも要記入

- 他に負担者なし 他に負担者あり ⇒ 【被保険者の負担額 円】  
【負担者の氏名 /続柄 /負担額 円】

③ 被保険者が認定対象者と別居している場合は、生計費を送金していますか？ ※送金時は送金額も要記入

- 送金していない 送金している(注3) ⇒ 【毎月の送金額 円】  
(注3) 連続した直近3か月分の送金証明書類を添付ください(手渡し不可)

【3】【2】以外で被扶養者であるかにかかわらず、生計を一にする家族(被保険者と今回の認定対象者以外)についてご記入ください。

※「現在の月平均総額」欄は、給与(総支給額)、年金、事業収入、各種給付金等の総額をご記入ください。

生計を一にする家族の氏名	被保険者との続柄	年齢	職業/学年	現在の月平均総額	過去1年間の賞与額	同居・別居
	配偶者	歳	<input type="checkbox"/> 産休・育休中である	円	在職時のみ記入 円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
		歳		円	在職時のみ記入 円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
		歳		円	在職時のみ記入 円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
		歳		円	在職時のみ記入 円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
		歳		円	在職時のみ記入 円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居

【4】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被保険者の資格取得時において、義務教育期間で収入が無いため	<input type="checkbox"/> ⑥その他(項目にない場合は、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被保険者と認定対象者の親が結婚したため【婚姻日 令和 年 月 日】 <small>被保険者との続柄(連れ子は続柄および同一世帯)が確認できる住民票(写)を添付ください</small>	
<input type="checkbox"/> ⑤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】	

【被保険者の誓約】

この度、私は、今回の認定対象者について、私の被扶養者として認定を申請しておりますが、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、被扶養者として認定された後、就職、雇用条件の変更、雇用保険の求職者給付の受給や年金の受給等により被扶養者資格に喪失事由(収入要件の超過や被保険者資格の取得等)が生じた場合は、速やかに被扶養者削除の届を提出いたします。

万一、この被扶養者の認定に関し、貴組合にご迷惑をおかけした場合には、私が責任を持って弁済することを誓約いたします。

上記を確認しました。 令和 年 月 日

被保険者の記号番号	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
--------	--------------------------