

- この認定資料は、16歳以上の認定対象者1名につき1枚の提出が必要となります。
- 以下【1】～【5】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。また、裏面下部の【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	同居・別居
		歳	<input type="checkbox"/> 産休・育休中である	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居

①認定対象者に配偶者はいますか？

配偶者有 配偶者無 (未婚 離別 死別) ⇒ 死別時のみ【死亡日 年 月 日】
遺族年金受給なし 遺族年金受給あり(注2)
(注2) 遺族年金を受給中の場合は年金振込通知書(写)、これから申請する場合は年金見込額照会回答票(写)を添付ください

②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) ⇒ 被保険者 被扶養者
(認定対象者が任意継続被保険者であった場合【喪失日 令和 年 月 日】)
 B.その他 ⇒ 国民健康保険 無保険(海外居住による) 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？ ※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】

④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、無収入または収入が少ないため	<input type="checkbox"/> ⑨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被保険者と婚姻したため【婚姻日 令和 年 月 日】	
<input type="checkbox"/> ③認定対象者が退職したため ※裏面【5】-(2)を記入(確認)	
<input type="checkbox"/> ④認定対象者の収入が減少したため【変更日 令和 年 月 日】	
<input type="checkbox"/> ⑤認定対象者が失業給付の受給を終了したため ※裏面【5】-(2)-②に受給終了日を記入	
<input type="checkbox"/> ⑥被保険者が配偶者の収入を上回ったため	
<input type="checkbox"/> ⑦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"/> ⑧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】	

※裏面【5】、被保険者記載欄および事業主記載欄もご記入ください。

今回の 認定対象者氏名	
----------------	--

⇒ 片面印刷の用紙を使用する場合はご記入ください。

【5】認定対象者の現在の収入状況についてご記入の上、添付書類をご提出ください。

(1)収入の有無 ※手続中の人を含む。複数の項目に該当する場合はすべての項目にチェックの上、必要箇所にご記入ください。

収入の種類	収入額	添付書類
<input type="checkbox"/> ① 無収入 ⇒ 収入無の方は(2)をご記入ください。		(2)-①または②参照
<input type="checkbox"/> ② 給与収入・賞与 通勤交通費等の非課税収入を含む 総支給額、賞与額 ⇒ 月額 円 過去1年間の賞与額 円	給与収入有の 方は(3)もご 記入ください。	(3)参照
<input type="checkbox"/> ③ 年金収入 老齢年金・障害年金・遺族年金・個人 年金等、税引前の金額 ⇒ 年額 円・手続中		直近の年金振込通知書(写)または年金額改定通知書(写)
<input type="checkbox"/> ④ 事業収入 自営業・不動産・農業・漁業等、総収 入の金額 ⇒ 月額・年額 円		直近の確定申告書および収支内訳書(青色申告決算書) (写)※電子申請の場合は、受付番号の記載がある書類を 併せて提出。
<input type="checkbox"/> ⑤ 健康保険法による給付金 傷病手当金・出産手当金(付加給付も 含む) ⇒ 日額・年額 円・手続中		直近の支給決定通知書(写)
<input type="checkbox"/> ⑥ 雇用保険法による給付金 失業等給付・育児休業給付金等 ⇒ 日額・年額 円・手続中		失業等給付は(2)-②参照 育児休業給付金は、直近の支給決定通知書(写)
<input type="checkbox"/> ⑦ 労災保険法による給付金 休業(補償)給付、傷病(補償)年 金、遺族(補償)給付等 ⇒ 日額・年額 円・手続中		直近の支給決定通知書(写)
<input type="checkbox"/> ⑧ 生活保護法による給付金 生活扶助・住宅扶助等 ⇒ 日額・年額 円・手続中		直近の保護決定(変更)通知書(写)
<input type="checkbox"/> ⑨ 利子・配当収入 ⇒ 日額・年額 円		直近の確定申告書(写)※電子申請の場合は、受付番号 の記載がある書類を併せて提出。
<input type="checkbox"/> ⑩ その他 () ⇒ 月額・年額 円		状況に応じた書類

(2)現在無職の人 ※学生のアルバイトを含む

状態	添付書類
①1年以上前から勤労収入がない方は、添付書類をご提出ください。	所得証明書。ただし所得証明書に給与収入の記載がある 場合は、離職票(写)または退職証明書も添付。
②1年以内に退職した方は、以下のご記入および添付書類をご提出ください。	
会社名	
入社年月日 年 月 日	退社年月日 令和 年 月 日
雇用保険の 受給	<input type="checkbox"/> 受給予定無 ⇒ <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 加入期間不足 <input type="checkbox"/> 就労意思なし <input type="checkbox"/> 受給予定有(受給延長含む) ⇒ 雇用保険受給資格者証または 雇用保険受給期間等延長通知書を 令和 年 月 日 までに提出 <input type="checkbox"/> 受給中 ⇒ 日額 円 <input type="checkbox"/> 受給終了 ⇒ 令和 年 月 日まで 【注意】日額が3,612円以上(60歳以上の方・障害年金受給の方は5,000円以上)の場合は、受給期間中は被扶養者になれません。

(3)現在勤めている人 ※学生のアルバイトを含む

現在勤めている方は、以下のご記入および添付書類をご提出ください。	添付書類
会社名	連続した直近3か月分の給与明細書(写)。※働き始めた ばかりで給与明細書を提出できない場合は、雇用契約書 (写)。ただし1か月の概算金額が計算できない場合は、そ の他の書類を求め場合があります。
入社年月日 年 月 日	
社会保険の 加入状況	<input type="checkbox"/> 加入している <input type="checkbox"/> 加入していない

【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。
また、同一人が被扶養者として認定され、雇用保険の求職者給付を受給する場合には、指定された期日までに同一人の雇用保険受給資格者証(写)を提出いたします。これを期日までに提出しなかった場合、同一人を私の被扶養者から削除することに異議申し立ていたしません。
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
------------	--------------------------