

1. 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。  
2. 以下【1】～【7】の該当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      | 年金収入の受給状況 ※収入ありの場合は1も要記入                                                     |                                                                |
|--------|------------------------------------------------------------------|---------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 西日本 太郎 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 57<br>歳 | <input checked="" type="checkbox"/> 年金収入なし <input type="checkbox"/> 年金収入あり ⇒ | 1.年金受給額<br>月額 円<br>状況により被保険者の年金振込通知書(写)または年金見込額照会回答票(写)を添付ください |

【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                                                              |
|------------|----------|---------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 西日本 太一     | 長男       | 28<br>歳 | 無職<br><input type="checkbox"/> 産休・育休中である | <input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居 |

①認定対象者に配偶者はいますか？ ※配偶者無の場合は1、死別時の場合は2も要記入

|                                                                  |                                                                                                             |           |                                                                                                                                        |  |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 1.配偶者無の理由<br><input checked="" type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別 | 死亡日 年 月 日 | 2.死別時の場合<br>遺族年金受給の有無 <input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 受給(予定)あり<br>受給(予定)ありの場合は年金振込通知書(写)また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？ ※被保険者であった場合は1、被保険者以外の被扶養者であった場合は2も要記入

|                                                                                                              |                            |                                                                       |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--|
| A.被用者保険(組合健保、協会健保、共済組合)                                                                                      |                            | B.その他                                                                 |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 任意継続被保険者 <input type="checkbox"/> 特例退職被保険者 | 1.被保険者の喪失日 令和 8 年 10 月 1 日 | <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 無保険(海外居住による) |  |
| <input type="checkbox"/> 被扶養者                                                                                | 2.被保険者が【1】以外の場合 被保険者氏名 続柄  | <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？ ※負担している方(認定対象者も含む)がいる場合は1,2も要記入

|                                                                              |                                           |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> 他に負担者なし <input checked="" type="checkbox"/> 他に負担者あり | 1.被保険者が負担している金額 月額 100,000 円              |  |  |
|                                                                              | 2.その他負担者について 氏名 西日本 千恵子 続柄 妻 負担額 50,000 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？ ※送金している時は1,2も要記入

|                                                                             |                                                          |                                 |             |                |              |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------|----------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> 送金していない <input checked="" type="checkbox"/> 送金している | 1.被保険者が毎月送金している額 100,000 円                               | 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) |             |                |              |
|                                                                             | 2.別居している認定対象者の1か月あたりの生計費の内訳 ※書ききれない場合は、任意用紙に記入の上、添付ください。 | 家賃 60,000 円                     | 食費 35,000 円 | 水道光熱費 10,000 円 | 通信費 10,000 円 |

【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。

| 被保険者の配偶者の氏名                                                                                                    | 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                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 西日本 千恵子                                                                                                        | 配偶者      | 54<br>歳 | パート<br><input type="checkbox"/> 産休・育休中である | 100,000 円                                           | 50,000 円<br>在職時のみ記入<br>出産手当金/育児休業等給付金<br>口手続中(予定)である | <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 |
| 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                                                              |
| 被保険者以外で認定対象者の生計費を負担している方の有無について☑をします。<br>負担している方がいる場合は、1,2も漏れなく記入します。<br>※認定対象者が生計費を負担している場合は、認定対象者の氏名等を記入します。 |          |         |                                           | 被保険者と別居の場合は、生計費の送金は必須です。<br>送金している場合は1,2も漏れなく記入します。 |                                                      |                                                                    |
|                                                                                                                |          |         |                                           | 円                                                   | 円                                                    | <input type="checkbox"/> 別居                                        |
|                                                                                                                |          |         |                                           | 円                                                   | 円                                                    | <input type="checkbox"/> 別居                                        |
|                                                                                                                |          |         |                                           | 円                                                   | 円                                                    | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居            |
|                                                                                                                |          |         |                                           | 円                                                   | 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                                                                                                         |                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <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 checked="" 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)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り、夫婦共同扶養により被扶養者を異動するため ※認定対象者が被扶養者資格を取得した後、配偶者の被扶養者資格の喪失手続きを行ってください |                                                                             |
| <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】 ※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    |                                                                             |
| <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】、【6】、【7】の該当事項もご記入ください。

2026.6改訂