

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。また、下部の被保険者記載欄、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 |
|--------|--|------|
| 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。

| 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 |
|------------|----------|-----|-------|-------------|--|
| 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 | 令和 5 年 2 月 19 日～令和 6 年 3 月 31 日 | 産休・育休期間前の月収(総支給額) | 98,000 円 |
|---------|---------------------------------|-------------------|----------|

【5】生計費等についてご記入ください。

| | 同居の方 | 別居の方 |
|-----------------------------------|--|---------------------------------|
| 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 | 200,000 円 (本人1名+家族の人数 2 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) この届書を健康保険組合へ提出する日を記入します。事業主記載欄も必ず記入します。 |
| <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】 | |

被保険者証記号・番号、被保険者氏名を必ず記入します。
※資格取得時等、記号・番号が決まっていな場合は空白で提出します。

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 | | | |

| | |
|--------|--|
| 事業主記載欄 | 事業所所在地 令和 6 年 4 月 5 日 事業所名称 大阪府大阪市西区川口●-● 事業主氏名 西プラ工業株式会社 健保 一郎 |
|--------|--|