

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
西日本 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	57 歳	<input checked="" 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
西日本 太一	長男	28 歳	無職 <input type="checkbox"/> 産休・育休中である	0 円	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居

①認定対象者の配偶者について

<input type="checkbox"/> 配偶者有 <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者無 (<input checked="" type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別 ⇒【死亡日 年 月 日】 <input type="checkbox"/> 遺族年金受給なし <input type="checkbox"/> 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) ⇒ <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 (任意継続被保険者の場合【喪失日 令和 年 月 日】)
B.その他 ⇒ <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"/> その他()

【3】【2】以外で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。※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 千恵子	配偶者	54 歳	パート <input type="checkbox"/> 産休・育休中である	85,000 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
		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 年 月 日～令和 年 月 日	産休・育休期間前の月収(総支給額)	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	300,000 円 (本人1名+家族の人数 1名)	150,000 円 (家族の人数 1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 checked="" type="checkbox"/> 送金している ⇒【毎月の送金額 150,000 円】(注3)	

(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)

【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"/> ⑧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 ※【7】-(2)に退職日を記入	
<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 ※【7】-(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【7】、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 **西日本 太一**

⇒ 片面印刷で16歳以上の被扶養者を複数名申請する際に、認定対象者を区別するため記入します。

【7】認定対象者の現在の収入状況についてご記入ください。

(1) 収入の有無 ※手続中の人を含む。

収入の種類	収入額	添付書類
<input checked="" 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 通勤交通費等の非課税収入を含む ⇒ 給与収入有の方は(3)をご記入ください。		(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)※税務署の受付印が押印されているもの。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) ⇒ 月額・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 ⇒ 月額・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 ⇒ 月額・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 ⇒ 月額・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 ⇒ 月額・年額 円		直近の確定申告書(写)※税務署の受付印が押印されているもの。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

① 1年以上前から勤労収入がない方 ※AまたはBいずれかにご記入ください。

A 無職の状態になった年月日 年 月 日	B これまでに働いたことがない場合 <input type="checkbox"/> これまでに勤労収入なし	添付書類 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。
----------------------	--	---

② 1年以内に退職した方

会社名	○△□株式会社			添付書類
入社年月日	令和 元 年 4 月 1 日	退社年月日	令和 5 年 10 月 1 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			離職票(写)。ただし申請時に離職票の交付が無い場合は在職していた事業所で発行された退職証明書
	<input checked="" type="checkbox"/> 受給予定有(受給延長含む) ⇒ <input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格者証を令和 5 年 11 月 30 日までに提出			
	<input type="checkbox"/> 受給中 ⇒ 月額 円			雇用保険受給資格者証(写)
	<input type="checkbox"/> 受給終了 ⇒ 令和 年 月 日まで			(支給終了)等が印字された雇用保険受給資格者証(写)

【注意】月額が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

勤労状況について

会社名				添付書類 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い場合は空白で提出します。

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。

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。

健康保険被保険者証 記号	●●●	番号	●●●
被保険者氏名	西日本 太郎		

事業主記載欄	事業所所在地	令和 5 年 10 月 6 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