

扶養証明申請書

※扶養証明申請書は必ず被保険者の方が記入してください。誤記があった場合は訂正したことが明らかになるように訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と氏名（フルネーム）をご記入ください。

記号	999	番号	9999	被保険者氏名	健保 一郎	向こう1年間の 年間収入見込額	500 万円
----	-----	----	------	--------	-------	--------------------	--------

■被扶養者（認定対象者）の概要

氏名	健保 花子	男・女	女	続柄	妻	生年月日	昭和 平成	5 年 5 月 5 日
被保険者との世帯	同居		別居	配偶者	有			無（未婚・離別・死別）

■被扶養者（認定対象者）の現況 【該当するものすべてに○および☑をつけ、内容をご記入ください。】

① 申請理由	(a) 被保険者の資格取得のため		(b) 被保険者と婚姻のため（令和 年 月 日）	
	○(c) 退職のため		(d) 転職・雇用契約変更のため	
② 認定対象者は今まで（今現在）、どの健康保険に加入していました（しています）か？	○(a) 勤務先の健康保険（ <input checked="" type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 組合健保 <input type="checkbox"/> 共済組合）		(b) 国民健康保険	
	(c) 未加入		(d) 被保険者の被扶養者	
③ 認定対象者の直近の就労状況について	○(a) 働いていた 【令和3年3月31日退職】		(b) 過去から現在まで、働いていない（もしくはここ数年は無職）	
	(c) 働いている 【パート・アルバイト・その他（ ）】			
④ 認定対象者の収入について	給与・不動産 その他の収入	(a) 給与収入（パート等含む）	無・有	【月額 円】
		(b) 自営業等の事業収入	無・有	【月額 円】
		(c) 不動産・利子・配当金等による収入	無・有	【月額 円】
		(d) その他の収入（ ）	無・有	【月額 円】
	年金・恩給	(a) 受けている	【月額 円】 （ <input type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> その他）	
		(b) 受けていない	【注】年金受給年齢に達している方で受給していない場合は、その理由を下記に記入してください。 【理由： 】	
雇用保険 （失業給付）	(a) 受給資格がない（ <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 加入期間不足）			
	○(b) 自己都合退職で待期間・給付制限期間中			
	(c) 受給中	【基本手当日額 円】		
	(d) 受給資格はあるが、受給しない（受給放棄）			
	(e) 受給延長中	【令和 年 月までの予定】		
	(f) 受給を終了した	【令和 年 月 日終了】		
給付金等	(a) 受けている又は申請予定	【日額 円】 （ <input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> その他）→ 令和 年 月 日まで		
	(b) 受けていない			
⑤ 認定対象者が被保険者と別居している場合（被保険者と同居している場合、記入は不要です。）	別居の理由	(a) 単身赴任	(b) 自己都合	(c) その他（ ）
	認定対象者と同居している人はいますか？	(a) いる 【人・認定対象者との続柄】 ↳同居者が扶養できない理由【 】		
		(b) いない		
送金状況について	(a) 銀行／郵便振込	【月額 円】		
	(b) 現金書留	【月額 円】		

上記のとおり相違ないことを証明いたします。事実と相違した場合は、認定時に遡って被扶養者資格を削除されても異議申し立ていたしません。また、万一被扶養者資格の無い期間に貴健保組合が負担した医療費及び保険給付金がある場合は貴健保組合の請求に基づき全額返還いたします。

令和 3 年 4 月 10 日

被保険者氏名

健保 一郎