

出生の場合

被扶養者状況届 兼 同意書

※1人につき1枚記入してください

【被保険者欄】

被保険者記号番号	フリガナ	ケンポ ヤスオ	
〇〇〇 - 〇〇〇	氏名	健保 保夫	

【被扶養者申請対象者欄】

申請対象者氏名	フリガナ	ケンポ カナコ	続柄(例:長男)	年齢
	氏名	健保 可名子	長女	0歳

同意書	下記の扶養申請内容に相違ありません。申請後、扶養状況に変更が生じた場合は、速やかに届出します。	記入日 令和〇年〇月〇日
	届出内容が事実と異なっていた場合、届出遅延が生じた場合は、遡って資格取り消しを受け、当該期間の医療費および給付金の全てを返戻することに同意します。	<input checked="" type="checkbox"/> この届出は申請者本人(被保険者)が作成したものであり、左記の内容に同意します。

I. ■申請事由について記入してください

申請事由	<input type="checkbox"/> 被保険者の入社	<input type="checkbox"/> 退職	<input type="checkbox"/> 収入減	<input type="checkbox"/> 離婚	<input type="checkbox"/> 結婚
	<input checked="" type="checkbox"/> 出生→裏面Ⅵのみ記入	<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 養子縁組	<input type="checkbox"/> 雇用保険受給終了	
	<input type="checkbox"/> その他「 」				

《出生(同居)に伴う申請は、裏面Ⅵのみ記入。出生以外の申請事由者の場合は、Ⅱ以降もご記入ください。》

II. ■申請対象者の直近の健康保険加入状況について☑をいれてください

健康保険の種類	<input type="checkbox"/> 国民健康保険	<input type="checkbox"/> 健康保険未加入	<input type="checkbox"/> 被保険者の被扶養者だった (被保険者の資格取得による申請)
	<input type="checkbox"/> 健康保険組合・協会けんぽ・共済組合等		←該当しているものに○をつけてください

III. ■雇用保険(失業等給付)について記入、および該当するものに○をしてください

(失業用給付保険)	<input type="checkbox"/> 受給資格なし > 「以前から無職 / 雇用保険未加入 / 加入期間1年未満」
	<input type="checkbox"/> 受給資格はあるが、受給申請しない > 「現在収入がある / 今後就職を希望しない」
	<input type="checkbox"/> 受給延長中(予定) > 「妊娠・出産・育児のため / 親族の看護・介護のため / 病気・けがのため」
	<input type="checkbox"/> 申請済待期・給付制限中 ※日額3,611円を超えた場合は、受給開始と共に扶養削除となります。 ※60歳以上または、障がい年金受給中の方は日額4,999円を超えた場合は、扶養削除となります。
	<input type="checkbox"/> 基本手当日額が3,611円以下で、「受給予定 / 受給中」 (60歳以上または、障がい年金受給中の方は日額4,999円以下)
	<input type="checkbox"/> 受給終了「受給終了日 令和 年 月 日」

IV. ■申請対象者の年間収入(見込)について記入してください ※年間収入=今回の申請後1年間の収入見込です

収入状況	① 給与収入(パート・アルバイト含)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり「月額 円」
	② 年金収入(以下該当するもの全てに☑をつけてください) <input type="checkbox"/> 老齢厚生・退職共済 <input type="checkbox"/> 老齢基礎年金 <input type="checkbox"/> 企業年金 <input type="checkbox"/> 個人年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり「月額計: 円」 <input type="checkbox"/> 受給予定 「受給開始日: 令和 年 月 」
	③ 事業・不動産収入	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり「年額: 円」
	④ 雇用保険失業等給付受給	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり「日額: 円」 <input type="checkbox"/> 受給予定 「受給開始日: 令和 年 月 日」 「日額: 円」
	⑤ 傷病手当金 / 出産手当金 ←受給している方は何れか該当する方に○	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり「日額: 円」
	⑥ 他者からの援助(養育費・慰謝料)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり「月額: 円」

裏面もご確認ください>>>

V. ■申請者と被保険者が別居している(同一住所別世帯舎)場合は、記入してください
 ※申請対象者と被保険者が同居の場合は記入不要

送金状況	別居理由	<input type="checkbox"/> 学生(大学、専門、予備校など) <input type="checkbox"/> 被保険者が単身赴任中 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームや障害者施設に在所中 <input type="checkbox"/> その他「 _____ 」
	毎月の仕送り額 ※学生(通学のための理由が主)に該当する場合は、在学証明で代用可とし、送金証明は不要。但し23歳以上の学生は除く(申請者の年収以上かつ、最低基準送金額月額5万円以上の継続的仕送りが必要です)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり「毎月: _____ 円」 ※直近3ヶ月の送金証明書添付必須

VI. ■扶養義務者について記入してください
 ※申請対象者が、配偶者の場合は記入不要

扶養義務者	申請対象者が「子」の場合	<input checked="" type="checkbox"/> 夫婦共同扶養 配偶者が加入している健康保険に○をしてください (健康保険組合・協会けんぽ・共済組合等 / 国民健康保険)
	申請対象者が「親」の場合	<input type="checkbox"/> 被保険者に配偶者はいない 該当するものに○を付けてください (離婚 / 死別 / 未婚 / その他) <input type="checkbox"/> 申請対象者に配偶者がいる <input type="checkbox"/> 申請対象者に配偶者は、いない→理由を下記より選択 (離別 / 未婚 / 死別) 申請対象者および、被保険者以外に同居している方の有無についてお答えください <input type="checkbox"/> 18歳以上の同居家族が他にもいる <input type="checkbox"/> 18歳以上の同居家族は他にいない

【各種提出必須書類について】

「被扶養者異動申請時 提出書類一覧表」をご確認の上、提出漏れの無いようお願いいたします。

【認定の取り消しについて】

本書類は、被扶養者認定にあたり、生計維持関係の立証書類となります。よって、事実と相違していることが判明した場合は、遡って認定を取り消す場合があります。

事業主記入欄	事業所所在地	令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 提出
	事業所名	

【個人情報保護について】

この情報は健康保険事業のみの利用とし、その他の目的に使用いたしません。

被扶養者状況届 兼 同意書

収入減(配偶者) の場合

※1人につき1枚記入してください

被保険者記号番号	フリガナ	ケンポ ヤスオ
〇〇〇 - 〇〇〇	氏名	健保 保夫

【被扶養者申請対象者欄】

申請対象者氏名	フリガナ	ケンポ ヒロコ	続柄(例:長男)	年齢
	氏名	健保 弘子		

同意書	下記の扶養申請内容に相違ありません。申請後、扶養状況に変更が生じた場合は、速やかに届出します。	記入日 令和〇年〇月〇日
	届出内容が事実と異なっていた場合、届出遅延が生じた場合は、遡って資格取り消しを受け、当該期間の医療費および給付金の全てを返戻することに同意します。	<input checked="" type="checkbox"/> この届出は申請者本人(被保険者)が作成したものであり、左記の内容に同意します。

I. ■申請事由について記入してください

申請事由	<input type="checkbox"/> 被保険者の入社	<input type="checkbox"/> 退職	<input checked="" type="checkbox"/> 収入減	<input type="checkbox"/> 離婚	<input type="checkbox"/> 結婚
	<input type="checkbox"/> 出生→裏面Ⅵのみ記入	<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 養子縁組	<input type="checkbox"/> 雇用保険受給終了	
	<input type="checkbox"/> その他「 」				

《出生(同居)に伴う申請は、裏面Ⅵのみ記入。出生以外の申請事由者の場合は、Ⅱ以降もご記入ください。》

II. ■申請対象者の直近の健康保険加入状況について☑をいれてください

健康保険の種類	<input type="checkbox"/> 国民健康保険	<input type="checkbox"/> 健康保険未加入	<input type="checkbox"/> 被保険者の被扶養者だった (被保険者の資格取得による申請)
	<input checked="" type="checkbox"/> 健康保険組合・協会けんぽ・共済組合等 ←該当しているものに○をつけてください		

III. ■雇用保険(失業等給付)について記入、および該当するものに○をしてください

(失業用給付保険)	<input type="checkbox"/> 受給資格なし > 「以前から無職 / 雇用保険未加入 / 加入期間1年未満」
	<input checked="" type="checkbox"/> 受給資格はあるが、受給申請しない > 「現在収入がある <input checked="" type="checkbox"/> 今後就職を希望しない」
	<input type="checkbox"/> 受給延長中(予定) > 「妊娠・出産・育児のため / 親族の看護・介護のため / 病気・けがのため」
	<input type="checkbox"/> 申請済待期・給付制限中 ※日額3,611円を超えた場合は、受給開始と共に扶養削除となります。 ※60歳以上または、障がい年金受給中の方は日額4,999円を超えた場合は、扶養削除となります。
	<input type="checkbox"/> 基本手当日額が3,611円以下で、「受給予定 / 受給中」 (60歳以上または、障がい年金受給中の方は日額4,999円以下)
	<input type="checkbox"/> 受給終了「受給終了日 令和 年 月 日」

IV. ■申請対象者の年間収入(見込)について記入してください ※年間収入=今回の申請後1年間の収入見込です

収入状況	① 給与収入(パート・アルバイト含)	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり「月額 円」
	② 年金収入(以下該当するもの全てに☑をつけてください) <input type="checkbox"/> 老齢厚生・退職共済 <input type="checkbox"/> 老齢基礎年金 <input type="checkbox"/> 企業年金 <input type="checkbox"/> 個人年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり「月額計: 円」 <input type="checkbox"/> 受給予定 「受給開始日: 令和 年 月 日」
	③ 事業・不動産収入	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり「年額: 円」
	④ 雇用保険失業等給付受給	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり「日額: 円」 <input type="checkbox"/> 受給予定 「受給開始日: 令和 年 月 日」 「日額: 円」
	⑤ 傷病手当金 / 出産手当金 ←受給している方は何れか該当する方に○	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり「日額: 円」
	⑥ 他者からの援助(養育費・慰謝料)	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり「月額: 円」

裏面もご確認ください>>>>

被扶養者状況届 兼 同意書

※1人につき1枚記入してください

別居の場合

被保険者記号番号	フリガナ	ケンポ テツミ
〇〇〇 - 〇〇〇	氏名	健保 鉄実

【被扶養者申請対象者欄】

申請対象者氏名	フリガナ	ケンポ ミオ	続柄(例:長男)	年齢
	氏名	健保 美央		

同意書	下記の扶養申請内容に相違ありません。申請後、扶養状況に変更が生じた場合は、速やかに届出します。	記入日 令和〇年〇月〇日
	届出内容が事実と異なっていた場合、届出遅延が生じた場合は、遡って資格取り消しを受け、当該期間の医療費および給付金の全てを返戻することに同意します。	<input checked="" type="checkbox"/> この届出は申請者本人(被保険者)が作成したものであり、左記の内容に同意します。

I. 申請事由について記入してください

申請事由	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者の入社	<input type="checkbox"/> 退職	<input type="checkbox"/> 収入減	<input type="checkbox"/> 離婚	<input type="checkbox"/> 結婚
	<input type="checkbox"/> 出生→裏面Ⅵのみ記入	<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 養子縁組	<input type="checkbox"/> 雇用保険受給終了	
	<input type="checkbox"/> その他「 」				

《出生(同居)に伴う申請は、裏面Ⅵのみ記入。出生以外の申請事由者の場合は、Ⅱ以降もご記入ください。》

II. 申請対象者の直近の健康保険加入状況について☑をいれてください

健康保険の種類	<input type="checkbox"/> 国民健康保険	<input type="checkbox"/> 健康保険未加入	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者の被扶養者だった (被保険者の資格取得による申請)
	<input type="checkbox"/> 健康保険組合・協会けんぽ・共済組合等		←該当しているものに○をつけてください

III. 雇用保険(失業等給付)について記入、および該当するものに○をしてください

(失業用給付保険)	<input checked="" type="checkbox"/> 受給資格なし > 「以前から無職 / 雇用保険未加入 / 加入期間1年未満」
	<input type="checkbox"/> 受給資格はあるが、受給申請しない > 「現在収入がある / 今後就職を希望しない」
	<input type="checkbox"/> 受給延長中(予定) > 「妊娠・出産・育児のため / 親族の看護・介護のため / 病気・けがのため」
	<input type="checkbox"/> 申請済待期・給付制限中 ※日額3,611円を超えた場合は、受給開始と共に扶養削除となります。 ※60歳以上または、障がい年金受給中の方は日額4,999円を超えた場合は、扶養削除となります。
	<input type="checkbox"/> 基本手当日額が3,611円以下で、「受給予定 / 受給中」 (60歳以上または、障がい年金受給中の方は日額4,999円以下)
	<input type="checkbox"/> 受給終了「受給終了日 令和 年 月 日」

IV. 申請対象者の年間収入(見込)について記入してください ※年間収入=今回の申請後1年間の収入見込です

収入状況	① 給与収入(パート・アルバイト含)	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり「月額 円」
	② 年金収入(以下該当するもの全てに☑をつけてください) <input type="checkbox"/> 老齢厚生・退職共済 <input type="checkbox"/> 老齢基礎年金 <input type="checkbox"/> 企業年金 <input type="checkbox"/> 個人年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり「月額計: 円」 <input type="checkbox"/> 受給予定 「受給開始日: 令和 年 月 」
	③ 事業・不動産収入	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり「年額: 円」
	④ 雇用保険失業等給付受給	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり「日額: 円」 <input type="checkbox"/> 受給予定 「受給開始日: 令和 年 月 日」 「日額: 円」
	⑤ 傷病手当金 / 出産手当金 ←受給している方は何れか該当する方に○	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり「日額: 円」
	⑥ 他者からの援助(養育費・慰謝料)	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり「月額: 円」

裏面もご確認ください>>>>

V. ■申請者と被保険者が別居している(同一住所別世帯舎)場合は、記入してください
 ※申請対象者と被保険者が同居の場合は記入不要

送金状況	別居理由	<input checked="" type="checkbox"/> 学生(大学、専門、予備校など) <input type="checkbox"/> 被保険者が単身赴任中 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームや障害者施設に在所中 <input type="checkbox"/> その他「 」
	毎月の仕送り額 ※学生(通学のための理由が主)に該当する場合は、在学証明で代用可とし、送金証明は不要。但し23歳以上の学生は除く(申請者の年収以上かつ、最低基準送金額月額5万円以上の継続的仕送りが必要です)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり「毎月： 円」 ※直近3ヶ月の送金証明書添付必須

VI. ■扶養義務者について記入してください
 ※申請対象者が、配偶者の場合は記入不要

扶養義務者	申請対象者が「子」の場合	<input type="checkbox"/> 夫婦共同扶養 配偶者が加入している健康保険に○をしてください (健康保険組合・協会けんぽ・共済組合等 / 国民健康保険) <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者に配偶者はいない 該当するものに○を付けてください (離婚 / 死別 / 未婚 / その他)
	申請対象者が「親」の場合	<input type="checkbox"/> 申請対象者に配偶者がいる <input type="checkbox"/> 申請対象者に配偶者は、いない→理由を下記より選択 (離別 / 未婚 / 死別) 申請対象者および、被保険者以外に同居している方の有無についてお答えください <input type="checkbox"/> 18歳以上の同居家族が他にもいる <input type="checkbox"/> 18歳以上の同居家族は他にいない

【各種提出必須書類について】

「被扶養者異動申請時 提出書類一覧表」をご確認の上、提出漏れの無いようお願いいたします。

【認定の取り消しについて】

本書類は、被扶養者認定にあたり、生計維持関係の立証書類となります。よって、事実と相違していることが判明した場合は、遡って認定を取り消す場合があります。

事業主記入欄	事業所所在地	令和 年 月 日 提出
	事業所名	

【個人情報保護について】

この情報は健康保険事業のみの利用とし、その他の目的に使用いたしません。