

Health Insurance Card Symbol 健康保険 被扶養者申請調書 <配偶者用>

Health Insurance Card Number Insured Person's Name Applied Person's Name Age

記号	番号	被保険者氏名(従業員)	扶養申請対象者の氏名(配偶者名)	年齢
1234	123456	健康 太郎	健康 花子	●●

Employee(社員)・Part-time work(パート・アルバイト)・Temporary staff(派遣)・self employed(自営)

★今回扶養申請する方について記入してください。(当該事項に○をし、記入箇所はもれのないようにしてください。)

1. 今回扶養申請することになった理由を選択し、日付やその理由を記入ください。

Choose the one reason of Addition & Date dependency commenced: (YY/MM/DD)

<input type="checkbox"/> 結婚(入籍) Married	入籍日 Enrollment date	年	月	日	Reason for retirement
<input type="checkbox"/> 退職(失業) Retired	退職日 Retirement date	年	月	日	退職理由
<input type="checkbox"/> 任意継続を喪失 Lost health insurance of voluntary continuation	喪失日 Lost date	年	月	日	
<input type="checkbox"/> 収入の減少 Decrease in income	減少した理由 Reason for decrease				
<input type="checkbox"/> 他 Other	詳しい理由 Detailed reason				

2. 直近に加入されていた健康保険について記入ください。

Please fill in the health insurance you had

<input type="checkbox"/> 国民健康保険 National Health Insurance	自治体名 Municipality name	Health insurance company name
<input type="checkbox"/> 健保・共済組合・協会けんぽ Health insurance of voluntary continuation	健保名 Health insurance company name	
<input checked="" type="checkbox"/> 任意継続 Health insurance of voluntary continuation	健保名	●●●●健康保険組合
<input type="checkbox"/> 加入状況 Subscription status: Under subscription(加入中)/loss(喪失)	加入中・喪失	資格喪失日 Lost date

3. 雇用保険(失業給付)の受給状況を記入ください。(直近2年以内に働いていた場合は必ず記入ください)

Please fill in the status of unemployment insurance

<input type="checkbox"/> 受給を終了した Finishing receiving	終了日 End date	年	月	日	必要書類①も添付のこと
<input type="checkbox"/> 受給を延長した Extended receipt	時期 Scheduled start date	月頃～	受給予定	受給開始後、すみやかに扶養をはずしてください。遅れると医療費の返還や後日複雑な手続きが必要となります。	
<input type="checkbox"/> これから受給予定である Will receive	時期	年	月頃～	受給予定	
<input type="checkbox"/> 受給しない Do not receive	理由 Reason				
<input type="checkbox"/> 雇用保険に未加入であった I didn't have employment insurance	理由				

4. 出産予定について記入ください。

Please fill in the birth schedule

<input type="checkbox"/> なし None	<input type="checkbox"/> あり Yes	予定日 Expected date of birth	年	月	日
----------------------------------	---------------------------------	----------------------------	---	---	---

5. 出産手当金または傷病手当金の受給予定について記入ください。

Please fill in the schedule of receiving the maternity allowance or the injury and illness allowance

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	受給期間 Receiving period	年	月	～	年	月	必要書類④も添付のこと
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------	---	---	---	---	---	-------------

6. 今後(申請時以降)の収入状況について記入ください。

Please fill your future income situation

<input type="checkbox"/> 無職無収入 Unemployment and no income	月額 Monthly income	円	各種控除前、交通費込の支給額 [必要書類⑤も添付のこと]
<input type="checkbox"/> 給与(パート・アルバイト)収入 Salary (Part-time work) income	月額 Monthly income	円	
<input type="checkbox"/> 年金 Pension income (老齢・厚生・共済・遺族・障害・企業・個人年金等)	年額 Yearly income	円	[必要書類⑥も添付のこと]
<input type="checkbox"/> 不動産・配当利子 Real estate income, Dividend interest	年額 Yearly income	円	[必要書類⑦も添付のこと]
<input type="checkbox"/> 他 Other	年額 Yearly income	円	[必要書類⑦も添付のこと]

- 【必要書類】
- ①退職日が確認できるもの(健康保険資格喪失証明・退職証明・離職票・雇用保険受給資格者証・退職日が記載された源泉徴収票のいずれか)(写可)
 - ②雇用保険受給資格者証の表裏両面(写)
 - ③資格喪失証明
 - ④支給内容のわかる支給決定通知書(写)
 - ⑤直近3ヵ月分の給与明細(写)
 - ※今後、収入が減少する場合は、月額108,334円(控除前額・交通費・賞与含む)未満で勤務することを勤務先で証明したもの(雇用契約書など提出)
 - ⑥直近の年金改定通知書か年金振込通知書(写)
 - ⑦確定申告書と収支内訳書(青色申告決算書)の税務署受理印のあるもの(写)

誓約書

サントリー健康保険組合 理事長殿

本書に記載した内容は事実と相違ありません。事実と相違していた場合(虚偽)には、扶養認定日に遡り認定の取消が行われても異議を申し立てません。なお、認定基準に該当しなくなった場合は、速やかに被扶養者削除の手続きを行います。また認定取消や届出遅延によりその間、貴健保が負担した医療費及び保険給付費等が発生した際は全額返金することを誓約します。

●● 年 ●● 月 ●● 日

被保険者署名 健康 太郎