

【「被扶養者(異動)届」の添付書類 様式2】

| | | | | | |
|------------------------------|--------|--------------------------------|--------|-----------------------|----------|
| Health Insurance Card Symbol | | Married (既婚) or Unmarried (未婚) | | EXAMPLE | |
| 健康保険 被扶養者申請調書 <子ども用> | | | | | |
| Health Insurance Card Number | | Insured Person's Name | | Applied Person's Name | |
| 記号 | 番号 | 被保険者氏名(従業員) | 配偶者の有無 | 扶養申請対象者の氏名(子ども) | 年齢 |
| 1234 | 123456 | 健康 太郎 | 有・無 | 健康 一郎 | 既婚・未婚 ●● |

※被保険者に配偶者がいる場合[必要書類①]も添付のこと。(健保で扶養認定をうけている場合省略可)

★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

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

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。

| | | | | | | |
|----------------------------------|--|-----------------|---|---|---|---|
| <input type="radio"/> 配偶者からの扶養変更 | 変更する日 | Date to change | 年 | 月 | 日 | [必要書類①も添付のこと] |
| <input type="radio"/> 被保険者との養子縁組 | 縁組した日 | Adoptive date | 年 | 月 | 日 | [必要書類②も添付のこと] |
| <input type="radio"/> 退職 | 退職日 | Retirement date | 年 | 月 | 日 | 退職理由 Reason for retirement |
| <input type="radio"/> 失業者からの扶養 | 終了日 | End date | 年 | 月 | 日 | Employee (社員)・Part-time work (パート・アルバイト)・Temporary staff (派遣)・self employed (自営) |
| <input type="radio"/> 任意継続を喪失 | 喪失日 | Lost date | 年 | 月 | 日 | 理由 Detailed reason |
| <input type="radio"/> その他 | Reasons for future employment or not re-employment | | | | | Please choose to live with or separate from the insured. *If you live separately, enter a circle for the reason |

■今後の就労予定または再就職しない理由 ※扶養申請する方が就労可能年齢(18歳以上)の場合は必ず記入

2. 被保険者との同居

| | | |
|--------------------------|--------------------------------------|-------------------------|
| <input type="radio"/> 同居 | <input type="radio"/> 別居 (単身赴任・それ以外) | 理由についてもしいずれかに「○」を記入ください |
| 同居 | 別居 (単身赴任・それ以外) | 別居先の住所 ●●●●市●●●町 1-2-3 |

3. 直近に加入されていた健康保険について記入ください。

| | | | |
|-------------------------------------|------|-------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> 国民健康保険 | 自治体名 | Municipality name | |
| <input type="radio"/> 健保・共済組合・協会けんぽ | 健保名 | ●●●●健康保険組合 | |
| <input type="radio"/> 任意継続 | 健保名 | Health insurance company name | |
| 加入状況 | 加入中 | <input checked="" type="radio"/> 喪失 | |
| 資格喪失日 | 年 | 月 | 日 |

4. 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)

| | | | | | | |
|-----------------------------------|-----|----------------------|--------|------|---|---------------|
| <input type="radio"/> 受給は終了した | 終了日 | End date | 年 | 月 | 日 | [必要書類⑥も添付のこと] |
| <input type="radio"/> 受給を延長した | 時期 | Scheduled start date | 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="radio"/> これから受給予定である | 時期 | 年 | 月 | 頃 | 受給予定 | |
| <input type="radio"/> 受給しない | 理由 | Reason | 就学児のため | | | |

5. 傷病手当金の受給予定について記入ください。

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|------|--------------------------|-----|------|------------------|---|---|---|---------------|
| <input type="radio"/> なし | None | <input type="radio"/> あり | Yes | 受給期間 | Receiving period | 月 | 年 | 月 | [必要書類⑦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。

| | | | | | |
|-----------------------------|--|---------------------------------------|---|---------------|--|
| <input type="radio"/> 無職無収入 | 扶養申請する方が就労可能年齢の場合は、上記1. ■今後の就労予定または再就職しない理由に必ず記入のこと。 | | | | |
| 給与(パート・アルバイト)収入 | 月額 | Monthly income | 円 | [必要書類⑧も添付のこと] | |
| 年金 | 年額 | Pension income | 円 | [必要書類⑨も添付のこと] | |
| 不動産・配当利子 | 年額 | Real estate income, Dividend interest | 円 | [必要書類⑩も添付のこと] | |
| 他 | 年額 | Other | 円 | [必要書類⑩も添付のこと] | |

【今回扶養申請する方が18歳以上の方】
18歳以上の方は就労可能な年齢にあり、被保険者の支援がなくても自立して生活できる場合が多くあります。この為、就労できない状態にあることを証明し被保険者が生活費のほとんどを負担しなくてはならない状態にある事を申告する必要があります。

- [必要書類]
- 夫婦両方の源泉徴収票等、収入が確認できるもの(写可)
 - 世帯全員分の戸籍謄本・住民票
 - 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)
 - 資格喪失証明
 - 世帯全員分の住民票(扶養申請される子が16歳以上の別居の場合)
 - 雇用保険受給資格者証の表裏両面(写)
 - 支給内容のわかる支給決定通知書(写)
 - 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)
- 直近の年金改定通知書か年金振込通知書(写)
 - 確定申告書と收支内訳書(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

本届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。

Application Date (YY/MM/DD)

●●年 ●●月 ●●日

被保険者署名 健康 太郎