

Health Insurance Card 健康保険 被扶養者申請調書 <その他用>

Health Insurance Card Number	Insured Person's Name	Applied Person's Name	Relationship	Age
1234 123456	健康 太郎	健康 幸子	母	●●

★今回扶養申請する方について記入してください

※被保険者に配偶者がいる場合[必要書類⑥]も添付のこと。

Choose the one reason of Addition & Date dependency commenced:

1. なくなった理由を選択し、日付やその理由を記入ください。

Bereavement with spouse 配偶者との死亡 なくなった日 年 月 日

Divorce with spouse 配偶者との離婚 離婚した日 年 月 日

Retired 退職 退職日 年 月 日

Employment status 就労形態 社員・パート・アルバイト

End of unemployment benefits 失業給付の受給終了 終了日 年 月 日

Lost 任意継続を喪失 喪失日 年 月 日

Other 他 詳しい理由

Reasons for future employment or not re-employment

2. 直近に加入された健康保険について記入ください

National Health Insurance 国民健康保険 自治体名

Health insurance company 健保・共済組合・協会けんぽ 健保名

Health insurance of voluntary continuation 任意継続 健保名

加入状況 加入中・喪失 資格喪失日 年 月 日

3. Subscription status: Under subscription (加入中)/loss (喪失) 年以内に働いていた場合は必ず記入ください

受給は終了した 終了日 年 月 日

受給を延長した 時期 年 月 頃～ 受給予定

これから受給予定である 時期 年 月 頃～ 受給予定

Owned house 所有している 理由

Do not receive 受給しない

4. 扶養申請対象者の住居について記入ください

For rent 賃貸 購入者(続柄) 費用負担者(続柄)

Contractor 借主 契約者(続柄) 費用負担者(続柄)

Other 他(施設名)

5. 扶養申請者のご家族状況(同居や生計費用)について記入ください

扶養申請者	同居	別居	費用負担額
配偶者	○ いない	○ いる	円/月
親	○ いない	○ いる	円/月
子ども	○ いない	○ いる	円/月
兄弟姉妹	○ いない	○ いる	円/月

6. 傷病手当金の受給予定について記入ください

なし None あり Yes 受給期間 年 月 月

7. 今後(申請時以降)の収入状況について記入ください

無職無収入	円
給与(パート・アルバイト)収入	円
年金	960,000 円
不動産・配当利子	円
他	円

- [必要書類]
- 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)
 - 雇用保険受給資格者証の表裏両面(写)
 - 資格喪失証明
 - 世帯全員分の住民票
 - 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)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)を提出
- 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)
 - 夫婦両方の源泉徴収票等、収入が確認できるもの(写可)

誓約書

サントリー健康保険組合 理事長殿

本書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