

<記入例>

内を記入押印してください

被 扶 養 者 申 請 理 由 書

記号	番号	被保険者名	配偶者の有無*認定対象者が妻・夫以外のとき記入
21	10000	健保 一郎	<input type="checkbox"/> 有⇒ <input type="checkbox"/> 被扶養者 <input type="checkbox"/> 被扶養者以外 <input type="checkbox"/> 無⇒ <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別
認定対象者氏名(以下対象者という)		年齢	続柄
		歳	
職業等(学生⇒大学1年・専門2年・定時高1年・浪人等記入)			
<input type="checkbox"/> 学生⇒() 学年まで記入のこと			
<input type="checkbox"/> 無職無収入 <input type="checkbox"/> 年金受給 <input type="checkbox"/> パート等収入有			
●対象者が子で夫婦共働きの方は記入(但し配偶者が栗田健保の被扶養者の場合は記入不要) ※年収見込=遺族・障害年金・失業給付等非課税収入も含む、所得ではなく総収入額を記入			
配偶者の年収見込	万円	被保険者の年収見込	万円
配偶者も栗田健保の被保険者の場合に記入 ⇒記号() 番号() 氏名()			

該当箇所を記入

1. 【必須】被扶養者とするための理由

被保険者入社 結婚のため 配偶者死亡のため 離婚のため 求職中のため 検認・保険証更新

任意継続終了(令和 年 月 日資格喪失) 病気療養中 自営業廃業のため その他()

退職のため ⇒妊娠 定年 傷病 その他自己都合 会社都合 家族の転勤 雇用保険受給完了

該当理由をチェック

2. 【必須】対象者の収入状況 *収入がない場合は月額・年額欄に「0」を記入

収入の種類	年額
給与 *月額給与の年間総支給額(通勤手当込)に給与を加算した金額を記入 通勤手当の支給のない方は、チェックを入れてください。 ⇒ <input type="checkbox"/> 通勤手当無	〇〇〇 円
年金 <input type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 企業年金 <input type="checkbox"/> その他() 60歳以上不受給の理由 ⇒ <input type="checkbox"/> 年齢未達 <input type="checkbox"/> 加入期間不足 <input type="checkbox"/> 繰下受給 <input type="checkbox"/> 裁定請求中	〇〇〇 円
事業収入 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 不動産(家賃・地代等) <input type="checkbox"/> 利子配当 <input type="checkbox"/> 株式配当 <input type="checkbox"/> その他()	〇〇〇 円
その他給付 <input type="checkbox"/> 失業給付 <input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> 労災保険の休業補償 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他()	〇〇〇 円
対象者の年間収入金額の合計	〇〇〇 円

現在の収入または今後1年間の収入見通しを記入

3. 【必須】対象者が現在加入している(いた)健康保険 *わかれば保険者名称も記入

●保険者名称(健保組合・共済組合・市町村名等) ()

勤務先の健康保険 任意継続保険

国民健康保険(国保) 生活保護

旧勤務先の健康保険 外国より入国(令和 年 月 日)のため加入

家族の被扶養者 ⇒被保険者氏名() 続柄()

無保険 ⇒ 令和 年 月 日から無保険

必ず記入

4. 【該当の場合】雇用保険について*対象者が「退職」又は「雇用保険受給完了」の理由で申請の場合に記入

●資格喪失日(退職日翌日) (令和 年 月 日)

失業給付不受給 ⇒雇用保険未加入 受給要件満たさず(加入期間不足等) 受給権放棄

これから受給・受給中⇒現在未手続または手続中 待期・給付制限期間中 受給中(日額が基準内)

受給延長中(手続中) ⇒延長期間(令和 年 月 日迄)
延長理由 ⇒出産 傷病 その他()

受給終了 ⇒失業給付受給終了日(令和 年 月 日)

該当の場合記入

5. 【該当の場合】対象者が被保険者と別居の場合に理由を記入

被保険者が単身赴任のため 対象者が遠方の学校へ通学 対象者が施設に入所・入院 *左記3件は同居扱いとみなします

その他() ⇒※仕送り証明が必要です

その他の場合に記入⇒ 1ヶ月の仕送り額 円 | 1年間の仕送り合計額 円

※仕送り証明=振込通知書・通帳の写し(送り主と送り先双方の送金事実確認できるもの)⇒手渡し不可です

6. 【該当の場合】対象者が外国人の場合は、在留期間を記入

令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで

7. 【該当の場合】対象者が父母・義父母・兄弟等(配偶者と子以外)で被保険者(あなた)以外に扶養義務者がいる場合に記入

例)母の場合:父、両親の場合:あなたの兄弟姉妹、義父母の場合:あなたの配偶者の兄弟姉妹など

他の扶養義務者名	被保険者との		他の扶養義務者が扶養できない理由
	続柄	同居・別居	
		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	

該当の場合記入

●対象者に対する生活費の負担について

いずれかにチェックを入れ生活費の負担月額を記入	被保険者負担(月額)	対象者負担(月額)	他の扶養義務者の負担(月額)
<input type="checkbox"/> 被保険者が全面的に負担	円		
<input type="checkbox"/> 被保険者と対象者が負担	円	円	
<input type="checkbox"/> 被保険者と他の扶養義務者が負担	円		続柄() 円
<input type="checkbox"/> 被保険者と対象者、他の扶養義務者が負担	円	円	続柄() 円

栗田健康保険組合 理事長 殿

誓 約 書

(1)今回被扶養者として申請する者の内容に虚偽がないことを申告いたします。

(2)本書記載の内容が事実と相違していた場合、被扶養者資格の喪失、もしくは遡って認定取消をされても、一切の異議申し立ては行いません。

(3)収入増や就職など扶養状況に変更があった場合は、速やかに扶養削除の手続を行います。

(4)申告が事実と異なった場合は、健保が負担した医療費及び給付金を、該当期間すべてにわたり、返戻いたします。

被保険者氏名
令和 〇 年 〇 月 〇 日 (自 署) 健保 一郎 (印)

必ず自署して下さい

(注) (1) この「被扶養者申請理由書」は、認定対象者1人に対し1枚を「被扶養者(異動)届」と「被扶養者認定通知書」に添付して提出してください。ただし、乳幼児から高校生までの収入のない子女、収入のない在学中(大学・高専・専門学校・予備校等)の子女の場合は、提出は不要です。

- (2) 1~3は必須。4~7は該当の場合に記入してください。(□にチェックを入れ必要事項を記入してください)
- (3) 認定にあたりましては、別紙「扶養申立書」など必要書類を提出していただくことがありますので、予めご了承ください。
- (4) 本書に記入いただいた個人情報については、適切に取扱い、目的外には使用いたしません。