

被扶養者の状況報告書

複数の家族を同時に被扶養者申請する方は、各人についてご提出ください。記入方法は、別紙「記入例」をご確認ください。

<被保険者について> 保険料を払っている人

記号・番号	記号	番号	事業所名 (保険証に記載)			
氏名			所属 (特にならぬ場合は不要)			
配偶者	有	① 今回の扶養申請対象者	② 既に被保険者の被扶養者	③ 他の健康保険の被保険者	である	
		②③の場合 被保険者と同居 別居 である	別居の場合は、 その理由			
	③の場合	加入健康保険名：()	被保険者の年収	円	配偶者の年収	円
	無	離婚 死別 未婚	離婚・未婚の場合⇒	【養育費の支援】	有 無	有の場合【養育費】

<被扶養者申請する方について> 上記被保険者に扶養されている人

氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	歳
続柄	父 母 夫 妻 長男 長女 二男 二女 三男 三女 其他()					
申請する方の状況	無職である 就学中 (学校名:)	働いている (下記「働いていた方・現在働いている方」も必ず記入してください。)				
	障害者である場合	障害年金受給	有	無		
申請前に加入していた健康保険	健康保険名	国保の資格を喪失しているまたは国保以外の健保に加入していた(る)場合⇒	※退職に伴い喪失された(る)場合は、退職日の翌日が資格喪失(予定)日です。			
	※国保は市町村名まで、協会けんぽは支部名まで記入してください。	資格喪失(予定)日	(令和	年	月	日)
	現在国保に加入している場合は、資格喪失(予定)日を記入していただく必要はありません。当健保の加入日を国保に伝えて資格喪失手続きを取ってください。					
被保険者と同居の有無	同居 別居 である	別居の場合	仕送り額	月額	円	
			別居の理由	被保険者の単身赴任	被扶養者の通学	其他(1)
被保険者・配偶者以外の同居者(収入がある人)	氏名	続柄	年収	健康保険に加入している場合は、その名称被保険者の扶養の場合は、被扶養者と記入		
			円			
			円			
			円			
(義)父母のいずれかを申請する場合	その配偶者について	離婚 死別 未婚	遺族または障害年金受給	有	無	

働いていた方・現在働いている方は記入してください。

働いていた方	退職された勤務先	職業	勤務先名			
	退職理由		勤務先住所			
	退職年月日	令和 年 月 日	勤続年数	年 月		
働いている方(または働く予定の方)	雇用保険に	「加入していた」場合	失業等給付を	受給する	受給しない	受給した
	加入していた 加入していなかった	失業給付を受給する場合 ※「受給資格者証」または「離職票1.2」のコピーを添付 ※基本手当日額が3,612円(60歳以上は5,000円)以上は認定対象外				
	申請(予定)日 (令和 年 月頃) (受給するが申請時期は未定である)					
	受給期間を延長したまたは延長予定である。 ※延長または延長予定の方は延長手続きが終了した時点で雇用保険受給期間延長申請書(写)をご提出ください。					
延長の理由: 出産 育児 傷病 配偶者の海外赴任に帯同 其他()						
失業給付を受給しない場合 ※「離職票1.2」のコピーを添付						
受給しない理由: ()						
現在働いている(または働く予定)の方	勤務開始日(予定日)	令和 年 月 日	勤務先			
	雇用形態	パート従業員 法人役員(非常勤) 其他()	※法人の代表者または常勤役員は、被扶養者になることはできません。			
	自営業の方は	aaaa	※「学習塾経営」「美容院経営」「農業」等具体的業種をご記入ください。			

<申請する方の今後1年の収入の状況>

該当する全ての収入項目の番号に○をつけて、それぞれ年間収入見込額をご記入ください。		
① 給与収入(パート・アルバイト含む)		円
② 雇用保険(失業給付他) ※公務員の「失業者の退職手当」も含む	③ 傷病手当金 ・ 出産手当金	(基本手当日額) 円 受給総額 円
④ 年金収入	国民年金 老齢 ・ 遺族 ・ 寡婦 ・ 障害	円
	厚生(共済)年金 老齢 ・ 遺族 ・ 障害	円
	企業年金等 企業 ・ 公務員の年金払いの退職給付	円
	個人年金	円
	財形年金	円
	恩給	円
	その他 ()	円
⑤ 利子・配当収入		円
⑥ 雑収入		円
⑦ 自営業当収入【 農林水産業 ・ その他 】		円
⑧ 不動産収入		円
⑨ その他 定期的な収入	被保険者以外の人からの資金援助 【 仕送り ・ その他() 】	円
	資金援助者と認定対象者の関係 ()	
	資金援助者氏名 ()	
その他 ()		円
合 計		0 円

定期的な預貯金の取り崩しを生計の維持に充てている場合は概ねの金額(年額)をご記入ください。	円
---	---

<被保険者が扶養しなければならない具体的な理由及び経緯・その他特記事項について>

下記の誓約書をよくお読みになり、同意いただいた場合は署名捺印後、被扶養者申請を行ってください。

誓 約 書

太平洋セメント健康保険組合 理事長殿

以上の申告内容に相違はありません。報告内容に漏れや虚偽があった場合及び申告内容を証明する書類を提出できなかった場合は、被扶養者の資格を取り消されても異議の申し立てをいたしません。また、申告内容に変更があった場合は、速やかに貴組合に届出、所定の手続きを行います。虚偽の申告や届出事項の不申告により被扶養者資格の認定を受けた場合は、当該期間中に貴組合が負担した被扶養者にかかる費用を弁済いたします。

年 月 日 被保険者署名 Ⓜ