

被扶養者認定申請届

保険証 記号・番号	会社・所属先	氏名	住所
記号 101	健保商事 Tel 03 (3988) 9327	東武 太郎	〒171-0021 豊島区西池袋 3-29-12 Tel 03 (3921) 0210
番号 99999	内線 1234		

(A) 被保険者

(B) 認定申請対象者

氏名	年齢	続柄	同居・別居	※収入の有無	現住所 (別居の場合記入)
東武 花子	35	妻	(同)・別	有・無	
			同・別	有・無	
			同・別	有・無	
			同・別	有・無	

※収入とは、給与・年金・失業給付・休業補償(傷病手当金・出産手当金・労災給付)・自営業・不動産・配当等すべての収入を含みます。

1. 認定申請対象者の収入について

(1) ※収入有りに○をつけた対象者についてご記入下さい。(予定有の方も含む)

該当するものすべての□にチェックを入れて以下の事項をご記入下さい。予定ありの場合は予定月をご記入下さい。

対象者の氏名を記入して下さい	氏名 (東武 ・子)	氏名 ()	氏名 ()
□給与収入 該当に○印をつけて下さい (パート・アルバイト・内職 その他)	月額 0 円 勤務先名 ()	月額 _____ 円 勤務先名 ()	月額 _____ 円 勤務先名 ()
□年金収入 該当に○印をつけて下さい 国民厚生年金・共済年金・ 企業年金・その他 (老齢・障害・遺族)	月額 0 円 申請予定 (中) (年 月) に申請	月額 _____ 円 申請予定 (中) (年 月) に申請	月額 _____ 円 申請予定 (中) (年 月) に申請
□自営業収入 該当に○印をつけて下さい (自家営業・農業・漁業・林業 その他)	年間 0 円	年間 _____ 円	年間 _____ 円
□休業補償給付 該当に○印をつけて下さい (傷病手当金・出産手当金・ 労災保険の給付 等)	月額 0 円 申請予定 (中) (年 月) に申請	月額 _____ 円 申請予定 (中) (年 月) に申請	月額 _____ 円 申請予定 (中) (年 月) に申請
□上記以外のその他の収入 (不動産収入・配当・ 親族からの仕送り等 その他)	収入の種類は () 収入として 年間 0 円	収入の種類は () 収入として 年間 _____ 円	収入の種類は () 収入として 年間 _____ 円

(2) 認定対象者のうち、過去2年以内に就労していたことがある方がいる場合は以下の項目をご記入下さい。

対象者氏名	氏名 (東武 花子)	氏名 ()	氏名 ()
過去2年間の就労状況をご記入下さい。 (※該当するものに○印をつけて、就労していた場合は、最終の勤務先等を記入してください)	a. 以前就労していた最終の勤務先名 (OOデパート) 正社員・契約社員・パート・アルバイト・派遣・その他 退職日 2015年 12月 31日 雇用保険加入 (有) ・ 無 b. 自営業であった廃業日 _____年 _____月 _____日	a. 以前就労していた最終の勤務先名 () 正社員・契約社員・パート・アルバイト・派遣・その他 退職日 _____年 _____月 _____日 雇用保険加入 有 ・ 無 b. 自営業であった廃業日 _____年 _____月 _____日	a. 以前就労していた最終の勤務先名 () 正社員・契約社員・パート・アルバイト・派遣・その他 退職日 _____年 _____月 _____日 雇用保険加入 有 ・ 無 b. 自営業であった廃業日 _____年 _____月 _____日
雇用保険の受給状況 (該当するものに○印をつけて下さい)	①受給予定 ②現在受給中 ③延長申請する ④受けていないし、今後もしない ⑤受給終了した _____年 _____月	①受給予定②現在受給中 ③延長申請する ④受けていないし、今後もしない ⑤受給終了した _____年 _____月	①受給予定②現在受給中 ③延長申請する ④受けていないし、今後もしない ⑤受給終了した _____年 _____月

2. 被扶養者として申請する理由その他

1) 今回被扶養者として申請する理由をご記入下さい。
 【例：専業主婦で収入ない為、パート勤務で収入が少ない為、パート先を退職した為 等】

パート先を退職して、無収入のため

2) 今まで申請対象者 (B) を扶養していた方はどなたですか？ (該当するものを○で囲み、記入下さい)
 ①被保険者(A) ②被保険者 (A) 以外の者 名前 () 続柄 () ③対象者 (B) 自身で保険加入

※②場合は、その方が扶養しなくなった理由をご記入下さい。

3. 対象者が加入している (していた) 健康保険について (該当するものを○で囲み、記入下さい。)

1) 申請対象者 (B) の加入している (または直近まで加入していた) 健康保険について

① 〇〇 健康保険組合 ②任意継続保険 ③国民健康保険 ④共済組合 ⑤その他 ()

2) その保険には、①現在加入している ②前に加入していた (資格喪失日 2016年1月1日)

3) その保険では、①被保険者本人として加入 ②被扶養者として加入 (被保険者名 続柄)

4. 認定対象者の家族構成

申請対象者以外で同居している方および別居しているが認定対象者に仕送り等をしている方がいる場合はその方についてもご記入下さい。

氏名	続柄	年齢	職業	勤務先	月収	同居・別居
東武 花世	母	65	無職		0円	○・別
					円	同・別
					円	同・別

5. 医療費助成などについて (医療費助成を受けている対象者がいる場合ご記入下さい)

(対象者氏名) 医療費助成制度の名称 ()

6. 認定対象者が別居している場合 (対象者氏名)

① 別居している理由

② 仕送り額 被保険者 (月額 円) その他 (氏名 続柄 月額 円)

③ 仕送り方法 該当するものに○印をつけて下さい。 銀行振込・書留・その他 ()

④ 別居先の家屋について 以下の該当するものに○印をつけて下さい。
 ア.被保険者の持家 イ.認定対象者の持家 ウ.借家 (家賃 月額 円) エ.その他 ()

上記のとおり、届出します。

2016年 1月 10日

東武流通健康保険組合理事長殿

被保険者氏名 東武 太郎 印

事業主記載欄

認定対象者は給与の所得控除の対象になっていますか？	対象 対象外	確認印	
---------------------------	-----------	-----	--

※健康保険組合記載欄

標準報酬月額 千円