

記入例（別居）

被扶養者申請理由書

| | |
|------|-----|
| 常務理事 | 担当者 |
| | |

- この用紙は、被扶養者申請する方一人につき、1枚必要です。2枚目以降は、(5)は省略可。(1)～(7)記入。
- 配偶者が当組合の加入者（扶養申請中も含む）で(1)16歳未満の実子(2)在学証明書が添付できる実子は不要。
- 妻が育児休業（予定）であり、育児休業の記載がある場合、配偶者の収入証明書は省略可。

※は記入不要

※

| | | | |
|------------|--------|-------|----|
| 被保険者等記号・番号 | 被保険者氏名 | 標準報酬額 | 万円 |
| 33・12345 | 三陽 太郎 | | |

(1) 被扶養者（認定対象者）について記入し、該当するものに○や☑してください

| | | | |
|----------|-------|----------------|----------------|
| 氏名 | 性別 | 続柄 | 生年月日 |
| 三陽 花子 | 男・女 | 長女 | 昭平令 20年 2月 1日 |
| 被保険者との世帯 | 同居・別居 | 配偶者 有（□育児休業予定） | 無（□未婚 □離別 □死別） |

(2) 被扶養者（認定対象者）の状況について、該当するものに☑してください

| | |
|--|---|
| 今回被扶養者として理由 | |
| <input type="checkbox"/> 被保険者資格取得に伴い、家族を扶養としたい | <input type="checkbox"/> 契約変更等により収入が減少したため |
| <input type="checkbox"/> 子供が生まれたため | <input type="checkbox"/> 夫婦の収入が逆転したため（配偶者の収入証明が必要） |
| <input type="checkbox"/> 退職・廃業等により収入がなくなったため | <input checked="" type="checkbox"/> その他理由（大学生通学の為、別居） |

(3) 被扶養者（認定対象者）は、今までどの健康保険に加入していましたか。該当するものに☑してください

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 社会保険の被保険者（本人） | <input checked="" type="checkbox"/> 社会保険の被扶養者（家族） |
| <input type="checkbox"/> 国民健康保険 | <input type="checkbox"/> 未加入（年 月より） |

(4) 被扶養者（認定対象者）の、今後一年間の収入見込み状況について記入してください

有・無に○をし、収入金額に記入。状況により他の書類を提出していただくこともあります。添付書類一覧表をご覧ください。

| 収入の書類 | 有無 | 有る場合のみ、年間収入を記入（円/年） | 主な書類 |
|------------------------------|-----|---------------------|--------------------|
| 給与収入（総支給額×12カ月） | 有・無 | 550,000円 | 直近3ヶ月分給与明細書（写） |
| 年金（老齢、障害、遺族等） | 有・無 | 円 | 直近年金振込通知書（写） |
| 雇用保険の失業給付 | 有・無 | 円 | 離職票または雇用保険受給資格証（写） |
| 配当収入 | 有・無 | 円 | 金額がわかるもの（写） |
| 事業（営業）収入 | 有・無 | 円 | 直近の確定申告書・収支内訳書（写） |
| 雑収入（年金以外） | 有・無 | 円 | 金額がわかるもの（写） |
| その他の収入、有る場合は具体的な内容を記入してください。 | 有・無 | 円 | 金額がわかるもの（写） |

※傷病手当金・出産手当金など（

(5) 被扶養者（認定対象者）以外に、18歳以上（学生除く）同居している家族がいる場合は記入してください

| 氏名 | 続柄 | 年齢 | 職業 | 年間収入を記入（円/年） |
|----|----|----|----|--------------|
| | | | | 円 |
| | | | | 円 |
| | | | | 円 |

(6) 被扶養者（認定対象者）が別居の場合のみ、該当するものに☑と記入してください

| |
|------------------------------|
| 別居の理由 |
| ①学生（通学のため）・単身赴任 ②その他理由（ |
| 送金状況について ②の方は記入してください |
| 毎月振り込んでいますか □はい □いいえ |
| 受け取っている仕送り額（月額） 円 |
| □銀行/郵便振込 □ネットバンキングなど ※手渡しは無効 |

(7) 同意確認欄 内容をご確認後、記入してください（重要）

上記の内容に相違ないことをここに証明いたします。万一、事実と異なることが判明した場合には、資格の取消や医療費等の返還に関する貴健保組合の請求に従うことを承諾いたします。

令和 7年 10月 1日

被保険者氏名

三陽 太郎

日中連絡がとれる電話番号 090 (1234) 5678