

被扶養者申請書

下記に該当するものに○印または記入をしてください

記号	番号	枝番	被保険者氏名	申請対象者氏名	続柄	申請対象者生年月日	年齢	同居・別居
		00	健保 良男	健保 花子	妻	昭・平・令 ○年 3月 3日	〇〇才	同居 別居

【1】 今回扶養することになった理由を記入してください。（複数回答可）

1. _____月 _____日 入社したため	2. _____月 _____日 結婚したため	3. 会社を退職したため
<input checked="" type="checkbox"/> 4. 雇用保険受給終了のため	5. 同居した為	6. 自営業をやめたため
7. 任意継続保険を脱退したため	8. パートをやめたため	9. 傷病手当金受給終了のため
10. その他 理由を詳しく記入してください		

(_____)

【2】 2年以内に勤めたことがある場合は記入してください。

1. 直近の退職について記入してください。

① 勤めた期間： H〇〇 年 〇 月 ~ R〇 年 〇 月 〇 日 退職

② 勤務先の雇用保険加入： なし ・ あり

③ 失業保険受給状況

ア R〇 年 〇 月 〇 日 受給終了 イ・受給待ち ウ・受給延長中 エ・受給しない オ・受給資格なし
ガ・雇用保険加入なし キ・その他(_____)

2. 上記以外で勤めた回数が複数ある場合はすべて記入してください。

① _____年 _____月 ~ _____年 _____月 _____日 退職
勤務先の雇用保険加入： なし・あり (失業保険受給 → 有・無)

② _____年 _____月 ~ _____年 _____月 _____日 退職
勤務先の雇用保険加入： なし・あり (失業保険受給 → 有・無)

③ _____年 _____月 ~ _____年 _____月 _____日 退職
勤務先の雇用保険加入： なし・あり (失業保険受給 → 有・無)

【3】 対象者の現在までの健康保険について記入してください。

1. 現在未加入 (直前の加入保険について下記に回答してください)

ア・健康保険(_____年 _____月迄) イ・任意継続保険(_____年 _____月迄) ウ・共済組合(_____年 _____月迄)
エ・国民健康保険(_____年 _____月迄) オ・その他(_____)

2. 国民健康保険に加入中 3. 任意継続保険に加入中 4. その他(_____)

【4】 別居されている場合は仕送りについて記入してください。

1. 被保険者からの仕送りをしている : 仕送り月額 _____ 円

2. 被保険者からの仕送りはしていない

【5】 現在の収入金額を記入してください。

1. パート・アルバイト収入 : _____ 月額 _____ 円 雇用保険加入 : なし ・ あり

2. 年金収入 (老齢・遺族・障害・恩給・年金基金・その他) : _____ 合計年金額 年額 _____ 円

3. 雇用保険給付金 : 日額 _____ 円

4. 傷病・出産手当金等 : 日額 _____ 円

5. その他(_____) : 月額 _____ 円

【6】 出産予定のある人: 出産予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【7】 両親等のうち1人を申請する場合その方の配偶者について記入してください。

1. 離婚

2. 死亡 (_____年 _____月死亡) 遺族年金受給 → 有 ・ 無 ・ 申請中

3. 別の保険に加入している → 被保険者として ・ 被扶養者として

4. 被保険者の被扶養者としてすでに認定済み

被扶養者状況届のとおり申請いたします。届出記載内容が事実と相違していた場合、被扶養者資格の抹消もしくは遡って認定取消および当該期間の医療費等の返還請求をされても一切の異議申し立ては行いません。また、収入増や就職など扶養状況に変更があった場合は、速やかに扶養抹消の手続きを行います。

コムシスホールディングス健康保険組合理事長殿

令和 〇 年 4 月 1 日 被保険者氏名 (自署) 健保 良男