

健康保険 被扶養者申請調書

提出日 令和 年 月 日

被保険者	保険証の記号番号	フリガナ	氏名	㊟
	—			

下記のとおり、私の被扶養者として申請します。

フリガナ		性別	続柄	生年月日	現住所
被扶養者の氏名				昭平 年 月 日 令	

扶養申請する方の収入状況等について下記に記載してください。

1. 所得税の扶養控除申請をしていますか？	いいえ	はい	年 月申請 (人事部確認 ㊟)
2. 今まで勤めていましたか？	いいえ	はい	勤務先 退職理由 退職日
*「はい」の場合は「3」も記入してください。			
3. 雇用保険(失業給付)の受給予定はありますか？	はい	→	月 日頃から 月 日頃までの予定
	いいえ	→	理由

注) 失業給付の日額が3,612円(60歳以上は5,000円)以上の場合は、受給中は扶養に入れません。

4. 現在、収入がありますか？	給与収入 (パート・アルバイト含む)	無・有	年額(見込額) (円)
	給与収入証明書 令和 年 月 日		
勤務開始日 平成・令和 年 月 日 左記のとおり証明または申立てします。			
勤務時間 1日 時間 事業所所在地			
時給 円 事業所名称			
月平均勤務時間 時間 電話・代表者 ㊟			
年間の見込収入額 円			
※今後1年間の見込収入額を記載してください。 ※必要に応じて確定申告書の写し及び所得証明書の添付をお願いします。	年金収入	無・有	基礎(国民)年金 (円)
			厚生年金 (円)
			共済年金 (円)
			遺族年金 (円)
			企業年金 (円)
			国年基金 (円) ※ 振込通知書等の写しを添付
	事業収入(農業・商業等)	無・有	年額または見込額 (円)
	不動産収入(家賃収入等)	無・有	年額または見込額 (円)
	その他継続性のある収入	無・有	年額または見込額 (円)

5. 直近に加入していた健康保険は何ですか？	国民健康保険	市町村名 ()
	協会けんぽ	支部名 ()
	健康保険組合	組合名 ()
	共済組合	組合名 ()
	その他(任継等)	名称 ()
	資格喪失年月日	令和 年 月 日 資格喪失

6. 被保険者と同居していますか？	同居	別居	年 月から
-------------------	----	----	-------

★被保険者(組合員)が扶養しなければならない事情(他の扶養義務者の状況も含めて具体的に記入のこと)
