扶養状況届(子の申請)

① 先ず必要事項を漏れなく記載して健保組合宛にFAXしてください(03-5759-5943)

② FAX受診後健保から認定の可否と必要書類を案内します。

①申請者	保険証記 号番号	-	部課店名		連絡先	
	氏名		生年月日	昭和・平成	年	月 日

②認定対象者	氏名		生年月日	昭和・平成	年	月 日(才)
	現住所	〒 -	(同居・別居)			
	現在加入の健康保険	国民健康保険・社会保険・健康保険組合・無保険・任意継続保険・				

③ 扶養申請することになった理由について(該当する番号に○を付し、具体的な経緯をお書きください)

会社を退職して、学生になる場合など具体的に。

【具体的な経緯】 _____
 _____
 _____

④ 認定対象者の現在の収入状況について

- 1. 無職 _____
- 2. 就労中 (就労形態) _____
- 3. その他 _____

※年間収入 円

⑤ 認定対象者を税務上の扶養親族として事業所に申告し、家族手当が支給されていますか?

イ 年 月 から申告している 申告してい【理由】(_____)

ハ 家族手当 年 月 から支給 家族手当支給なし

⑥ 認定対象者の申請前の職業について

△ 過去の就職の有無について 有 ・ 無

上記就職が【有】の場合は、最終又は現在の就職先についてお書きください。

◎会社名 _____

◎所在地 _____

◎加入の健康保険の種類 (イ. 協会健保 健康保険組合・共済組合 ハ. 国民健康保険 ニ. 加入なし)

◎退職年月日 (年 月 日)退職理由(_____)

◎雇用(失業)保険資格について

イ. 受給資格なし (加入期間が満たない ・ 加入なし)

ロ. 受給期間延長中(延長の理由 _____)

ハ. 受給期間終了(受給期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)

◎出産を予定されている場合

出産予定日 年 月 日

出産手当金受給予定 有 ・ 無

⑦ 認定対象者は退職前の健康保険から傷病手当金を受けていましたか?
有の場合は傷病手当金を受給した経緯をご記入ください。

- 1. 有 _____
- 2. 無 _____

⑧ 認定対象者は公的な医療助成(難病医療等)を受けていますか?

- 1. 有 _____
- 2. 無 _____

以上の通り事実に相違ないことを申告します。

扶養認定後、記載事項に偽りがあり、本来被扶養者になれない者であることが判明した場合は、遡って医療費を返還します。

_____年 月 日   申請者(被保険者本人)の署名 _____ (印)

上記の通り確認いたしました。

事業所所在地
事業所名
事業主
_____ (印)