

*認定対象者1名につき1枚(表裏)です。

サクサ健康保険組合 理事長殿

①被扶養者申請現況届 【配偶者】

健康保険組合				
常務理事	事務長	係員	係員	担当

この届は扶養申請をする際、「健康保険被扶養者(異動)届」と一緒に提出してください。未記入があった場合は受理できません。認定対象者の収入や生活実態、被保険者の扶養能力等を総合的に審査のうえ、認定の可否を決定します。

被保険者氏名				申請年月日	令和	年	月	日
認定対象者氏名(ア)	続柄	年齢	歳	住居の同別	1.同居 2.別居 *住民票登録地に限らず 別に生活している場合は「別居」			
① 扶養申請する理由 ※全員記入								
該当するものの番号を全て○囲みのうえ、『事実発生日』をご記入ください。								
《申請理由があなたの入社や異動等によるもの》					《事実発生日》			
1.入社(新規入社/会社間の転籍/継続再雇用)					令和	年	月	日
2.任意継続被保険者となったため					令和	年	月	日
《申請理由が認定対象者の状況変化によるもの》					《事実発生日》			
3.認定対象者が退職し無職となったため					令和	年	月	日
4.認定対象者が退職し、パート・アルバイトになり収入が減るため (勤め先が変わり 正社員⇒パート、アルバイト)					令和	年	月	日
5.認定対象者が退職し、パート・アルバイトになり収入が減るため (同じ勤め先での身分変更 正社員⇒パート、アルバイト)					令和	年	月	日
6.あなたと認定対象者が結婚したため					令和	年	月	日
7.認定対象者が雇用保険の失業給付受給終了のため					令和	年	月	日
8.任意継続被保険者の資格を喪失したため					令和	年	月	日
9.自営業を廃業したため					令和	年	月	日
10.その他(具体的に:)					令和	年	月	日
② 認定対象者(ア)が加入していた(している)健康保険 ※①の扶養申請理由が『会社間の転籍』『継続再雇用』『任意継続』の場合は記入不要								
<input type="checkbox"/> 他の健康保険(ア.本人として イ.被保険者の扶養として ウ.被保険者以外の扶養として)								
<input type="checkbox"/> サクサ健保(ア.本人として イ.被保険者の扶養として ウ.任意継続被保険者本人・扶養として)								
<input type="checkbox"/> 任意継続被保険者(ア.本人として イ.被保険者の扶養として ウ.被保険者以外の扶養として)								
<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 無保険 <input type="checkbox"/> その他()								
③ あなたが認定対象者(ア)と別居している場合はご記入ください								
《あなたが認定対象者(ア)と別居している理由》								
<input type="checkbox"/> あなたが社命により生活拠点から離れ、任地に赴いているため(単身赴任)								
<input type="checkbox"/> あなたまたは配偶者の両親等を介護する目的で、一時的に両親等と同居するため								
<input type="checkbox"/> その他()								
④ ③の質問で認定対象者(ア)との別居理由が『その他』の方はご記入ください								
《認定対象者(ア)と同居されている方の有無》								
<input type="checkbox"/> 有[氏名: (ア)との続柄:] <input type="checkbox"/> 無								
《認定対象者(ア)への仕送り》								
あなたからの仕送り額 円								
あなた以外からの仕送り額 円								

*裏面あり

*認定対象者1名につき1枚(表裏)です。

⑤ 認定対象者(ア)の現在の職業と収入 ※全員記入

《現在の職業》

- 無職(収入なし) 無職(年金等その他収入あり) 働いたことがない(パート・アルバイト含む)
パート・アルバイト 自営業 学生 その他()

《今後1年の収入見込み》

①勤労収入 ※交通費を含めた1ヵ月あたりの総支給額を『月額』へ、賞与も含めた年間の総支給額を『年額』へご記入ください。

有 月額 _____ 円 無
年額 _____ 円

②年金収入〔老齢・遺族・障害・共済・企業・個人・恩給・その他〕 ※控除前の年金支給額(年額)をご記入ください。

有 年額 _____ 円 無

③自営業収入 ※必要経費を差し引く前の総収入をご記入ください。

有 年額 _____ 円 無

④その他(種類: _____)

有 年額 _____ 円 無

⑥ 昨年または本年途中で退職した方を申請する場合 ※同じ勤め先での身分変更(社員⇒パート)を含む

《退職年月日》 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

《雇用保険の状況》 ※雇用保険の該当しない公務員は記入不要(※ただし該当する一部公務員は記入)

- 受給する(した)[日額3,612円未満](※1) 受給しない(しなかった) 加入期間不足 資格継続
未加入 受給期間を延長する 受給を終了した

⑦ 傷病手当金・出産手当金等の受給について ※全員記入 ※日額3,612円以上の場合は受給終了後に申請してください。

有〔傷病手当金 出産手当金 労災保険の休業補償〕 無

⇒ 受給日額 _____ 円 出産予定日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申請日以前1年以内に受給終了した場合は、受給終了日をご記入ください。 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

⑧ 誓約書 ※内容確認のうえ署名してください。

申請内容に相違ありません。

認定対象者の収入超過が見込まれたとき等、被扶養者資格要件を満たさなくなった場合は、ただちに被扶養者資格削除の届出をいたします。届出を怠った場合は、事実発生日まで遡及のうえ被扶養者資格を削除、削除日以降に受けた保険給付等を返還することを誓約いたします。

被保険者署名

(※1)・・・60歳以上または障害年金の受給要件に該当する障害者は、日額5,000円未満