

②被扶養者申請現況届 【子(16歳未満及び高校生)】

常務理事	記入例	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	健保 奨	申請年月日	令和 1 年 5 月 7 日		
認定対象者氏名(ア)	健保 励	続柄 (長男等)	長男	年齢	6 歳
				住居の 同別	1.同居 2.別居 <small>*住民票登録地に限らず 別に生活している場合は「別居」</small>
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>> <input checked="" type="checkbox"/> 1.入社(新規入社/会社間の転籍)継続再雇用			<<事実発生日>> 資格を取得した日 令和 1 年 5 月 1 日		
2.任意継続被保険者となったため			資格を取得した日 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>> 3.認定対象者が出生したため			<<事実発生日>> 生まれた日 令和 年 月 日		
4.その他()			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『出生(出生後初めての申請)』『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 あなたの配偶者 ※全員記入					
<input type="checkbox"/> 無(ア.未婚 イ.離婚 ウ.死別) <input checked="" type="checkbox"/> 有(ア.あなたの被扶養者 イ.あなたの被扶養者として扶養申請中 ウ.サクサ健保の本人として(氏名:) エ.他の健康保険 ⇒(年間収入 円)					
④ 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 checked="" 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"/> 認定対象者(ア)の学校が遠隔地にあり通学が困難なため <input type="checkbox"/> その他()					
⑤ ④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					
⑥ 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				健保 奨	