

*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

③被扶養者申請現況届 【16歳以上の子(高校生を除く)】

健康保険組合		
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 康	続柄(長男等)	長男	年齢	19歳	住居の同別	1.同居 2.別居 <small>*住民票登録地に限らず別居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≫				≪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 1年 5月 1日 <small>資格を取得した日</small>			
2.任意継続被保険者となったため				令和 年 月 日 <small>資格を取得した日</small>			
≪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 <small>退職した日</small>			
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 <small>パート・アルバイトとなった日</small>			
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 <small>パート・アルバイトとなった日</small>			
6.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 <small>受給を終了した日※振込日でない</small>			
7.任意継続被保険者の資格を喪失したため				令和 年 月 日 <small>資格を喪失した日</small>			
8.自営業を廃業したため				令和 年 月 日 <small>廃業した日</small>			
9.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 認定対象者(ア)の配偶者 ※全員記入							
<input checked="" type="checkbox"/> 無[<input checked="" type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別(昭和・平成・令和 年 月死亡) ⇒ 遺族年金(有 無)]							
<input type="checkbox"/> 有[ア.あなたの被扶養者 イ.他の健康保険 ⇒(年間収入 円) ウ.国民健康保険]							

*裏面あり

*認定対象者1名につき1枚(表裏)です。

⑤ 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 checked="" 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()
⑥ ⑤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
⑦ 認定対象者(ア)の現在の職業と収入 ※全員記入
《現在の職業》 <input type="checkbox"/> 無職(収入なし) <input type="checkbox"/> 無職(年金等その他収入あり) <input type="checkbox"/> 働いたことがない(パート・アルバイト含む) <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 自営業 <input checked="" type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 有 月額 50,000 円 <input type="checkbox"/> 無 年額 600,000 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。 <input type="checkbox"/> 有 年額 円 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 有 年額 円 <input checked="" type="checkbox"/> 無 ④その他(種類:) <input type="checkbox"/> 有 年額 円 <input checked="" type="checkbox"/> 無
⑧ 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) <input type="checkbox"/> 受給する(した)[日額3,612円未満](※1) <input type="checkbox"/> 受給しない(しなかった) <input type="checkbox"/> 加入期間不足 <input type="checkbox"/> 資格継続 <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 受給期間を延長する <input type="checkbox"/> 受給を終了した
⑨ 認定対象者(ア)が無職の場合 ※就労可能年齢である60歳未満の場合ご記入ください。
《就労できないまたはしていない理由》 <input checked="" type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 就職活動中(バイト一切なし) <input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 健康上の理由 <input type="checkbox"/> その他(具体的な理由:)
⑩ 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。
<input type="checkbox"/> 有[<input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> 労災保険の休業補償] <input checked="" type="checkbox"/> 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
⑪ 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。 <p style="text-align: right;">被保険者署名 健保 奨</p>

(※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