

被扶養者状況届

(年度末年齢19歳以上の方を申請する場合に必ず添付して下さい)

記入日: 令和 年 月 日

被保険者 資格情報	記号	番号	被保険者氏名
			(印)

*続柄は配偶者、長男、父、義父など正確に

認定を受けようとする家族の氏名 (以下対象者という)	年齢	歳	続柄	配偶者	有・無 (未婚・離婚・死別)
-------------------------------	----	---	----	-----	----------------

対象者の状況を詳しくご記入下さい。

1. 対象者を扶養するに至った理由

結婚したため(婚姻日: 令和 年 月 日)
 会社を退職したため
 アルバイト・パートを辞めたため
 収入が減ったため
 雇用保険受給終了のため
 その他 ()

5. 対象者の公費負担医療の有無
(市町村などによる医療費助成)

無
 有 ※有の場合下記項目を選択
 障害者医療
 母子(父子)家庭
 特定疾病
 その他 ()

9. 給与以外の収入の有無
(傷病手当金、出産手当金、障害年金、家賃等)

無
 有
 ※有の場合のみ記入

内訳		
年間収入	円	円

2. 対象者の今まで加入していた健康保険

未加入
 国民健康保険に加入
 当健保組合以外の健康保険組合に加入
 全国健康保険協会(協会けんぽ)に加入
 共済組合に加入
 その他 ()

6. 対象者の直近勤務先 ※離職の場合のみ記入

①会社名	
②退職年月日	令和 年 月 日
③退職理由	<input type="checkbox"/> 会社都合 <input type="checkbox"/> 本人都合
④雇用保険の加入	<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入

10. 被保険者署名捺印欄

愛知製鋼健康保険組合 御中
被扶養者状況届の申告内容に相違があった場合、被扶養者認定日に遡って被扶養者資格を削除するとともに、医療費・保険給付費・健保施設利用料金等全額返済いたします。

令和 年 月 日

被保険者名: (印)

3. 対象者を扶養する形態

同居扶養 別居扶養

7. 雇用(失業)保険について ※現在無職の方のみ記入

受給する(給付終了日: 令和 年 月 日)
 受給が終了した(給付終了日: 令和 年 月 日)
 受給資格を放棄する
 受給資格なし
 その他 ()

4. 対象者以外の同居者(年度末年齢19歳以上)の状況

同居者あり 同居者なし
 ※同居者ありの場合のみ記入

同居者氏名	年齢	続柄	職業	年収
				万円
				万円
				万円

8. 現在の給与収入状況 ※給与収入がある方のみ記入

①勤務先名	
②採用された日	令和 年 月 日
③直近6ヶ月の収入	
月分	月分
円	円
月分	月分
円	円

【健保使用欄】

常務理事	事務長	担当	健保受付印