

- ◎義務教育修了以上の方を被扶養者として申請する場合は、「被扶養者異動届（増員）」および「被扶養者認定に必要な添付書類（提出書類一覧表）」をご確認のうえ、添付して提出してください。
- ◎この届は、被扶養者の認定に重要な書類ですので、該当項目について事実を明確に記入してください。
- ◎該当項目すべてに✓をつけ、金額などを記入してください。

| | | | | |
|---------|----|------|--------|------------------------------------------------------------|
| 被保険者等 | 記号 | 番号 | フリガナ | |
| | | | 被保険者氏名 | |
| フリガナ | | 生年月日 | (和暦) | 年 月 日 |
| 認定対象者氏名 | | | 続柄 | |
| | | | 居住 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 |

以下、認定対象者についてお答えください。

別居理由：

1. 扶養申請理由

- 被保険者の入社に伴い、引き続き扶養家族として申請
- 結婚のため (婚姻日： (和暦) 年 月 日)
- 退職（廃業）した (退職日： (和暦) 年 月 日)
- 上記以外の理由 (できるだけ詳しく) ()

2. 認定対象者の雇用保険（失業給付）等の状況 ※退職に伴い扶養申請する方のみ記入

- 受給申請中（予定も含む） 受給資格あるが放棄 (理由：)
 - 受給中 受給終了した 受給資格なし (理由：)
 - 受給延長中 (理由)
 - 妊娠・出産 (出産手当金： 支給中（予定も含む） 支給しない（申請せず）)
 - 病気療養中 (傷病手当金： 支給中（予定も含む） 支給しない（申請せず）)
 - その他 (内容：)
- (和暦) 年 月 日まで延長)

3. 認定対象者が今まで加入していた健康保険

- 勤務先の健康保険 (健保名：) () の扶養家族
- 国民健康保険 共済組合 任意継続
- 無保険 (理由：)

4. 認定対象者の妊娠の有無について

- 妊娠していない 妊娠中 (予定日： (和暦) 年 月 日)

裏面につづく

5. 今後1年間の認定対象者の収入状況 ※記入日を含む日から1年間の収入見込額

勤労収入なし

| ①～⑦ 収入見込額 (総額) | |
|----------------|--------|
| ★ | (年額 円) |

勤労収入あり

パート・アルバイト 自営業 農業 その他

| ※賞与・諸手当・通勤手当など含む | |
|------------------|--------|
| ① | (年額 円) |

雇用保険受給中

(受給期間：(和暦) 年 月 日から 日間) ※日額×受給日数

(日額： 円) ② (総額 円)

公的年金なし (理由：)

公的年金あり

老齢・基礎年金 (国民・ 厚生・ 共済) ③ (年額 円)

遺族年金 (国民・ 厚生・ 共済) ④ (年額 円)

障害年金 (国民・ 厚生・ 共済) ⑤ (年額 円)

上記年金を申請中 (申請日：(和暦) 年 月 日)

給付金あり

傷病手当金 出産手当金 労災給付金 ⑥ (年額 円)

その他収入

家賃・不動産収入 その他 (内容：)

利子・配当金 企業・個人年金 ⑦ (年額 円)

6. 認定対象者の生活状況 ※住民票住所・居所住所が別居の場合のみ記入

認定対象者自身の収入(給与・年金など)で生活をしている

被保険者が負担している・・・ 認定対象者の生活費 月額： 円
そのうち 月額： 円 を負担

被保険者以外に負担している人がいる・・・

氏名： 認定対象者との続柄：
月額： 円 を負担

7. 認定対象者は公費医療費助成の対象となっていますか

はい 医療費助成制度の名称： ()

いいえ