

- ◎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 1 1 1	番号 1 2 3 4 5 6 7	フリガナ 被保険者氏名	ケンボ タロウ 健保 太郎
フリガナ 認定対象者 氏名	ケンボ ハナコ 健保 花子	生年月日 昭和 〇〇 年 10 月 10 日	続柄 妻	居住 <input checked="" 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）令和 〇〇 年 12 月 25 日）
- ☒退職（廃業）した（退職日：（和暦）令和 〇〇 年 12 月 15 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 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： 〇〇〇健保 ） ☐（ ）の扶養家族
- ☐国民健康保険 ☐共済組合 ☐任意継続
- ☒無保険（理由： 退職から結婚するまで短期間だったため ）

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☒ 勤労収入あり☒ パート・アルバイト ☐ 自営業 ☐ 農業 ☐ その他☐ 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：

(

東京都特別医療助成制度

)

☐ いいえ

以 上