

被扶養者認定状況説明書

※提出書類については「健康保険被扶養者添付書類一覧表①～④」をご確認ください。

被保険者証の記号	被保険者証の番号	被保険者氏名		申請年月日	
				年	月 日
申請対象者氏名 (フリガナ)		性別	生年月日		年齢
		男 ・ 女	年 月 日		歳
居住区分	別居の場合、その理由			注意事項	
同居 ・ 別居	<input type="checkbox"/> 学生のため	<input type="checkbox"/> 被保険者が単身赴任のため		同居 別居	住民票は世帯全員記載で続柄入り (マイナンバー記載無)
	<input type="checkbox"/> 施設に入所・入院のため	<input type="checkbox"/> その他			
	<input type="checkbox"/> 介護のため	[]		別居	別居の場合は送金審査あり 添付書類一覧表④参照

1. 申請する理由 (レ点で回答または記入)

<input type="checkbox"/> 被保険者の入社	<input type="checkbox"/> 退職した	<input type="checkbox"/> 雇用保険の受給が終わった	※1. 出生で配偶者がカシオ健保の被扶養者の場合 「被扶養者(異動)届」に出生証明等のコピー 添付のみで申請可 ← 全員記入
<input type="checkbox"/> 収入が減少した	<input type="checkbox"/> 結婚した	<input type="checkbox"/> 出生⇒「5」を記入(※1)	
<input type="checkbox"/> その他 []			

事由発生日: 年 月 日

2. 申請対象者が現在加入している健康保険について

<input type="checkbox"/> 国民健康保険に加入	<input type="checkbox"/> 無保険→(西暦 年 月 日から未加入)
※ <input type="checkbox"/> 健康保険組合の (被保険者 ・ 被扶養者) として加入していた	
※ <input type="checkbox"/> 共済組合・政府管掌健保の (被保険者 ・ 被扶養者) として加入していた	
※ <input type="checkbox"/> 任意継続保険の (被保険者 ・ 被扶養者) として加入していた	

※で被扶養者として加入していた場合
被保険者氏名【 】 申請対象者との続柄【 】

3. 現在の収入について (該当するものに全てレ点をいれて金額を記入)

収入内訳	年間収入額	
<input type="checkbox"/> 給与収入 (パート・アルバイト・その他)	円	注) 複数勤務の方は全勤務先分提出
<input type="checkbox"/> 自営業収入 (農業・不動産・雑収入等)	円	注) 税務署の受付印・電子申請の場合受付番号記載のもの
<input type="checkbox"/> 年金収入	老齢基礎・厚生年金	円
	遺族年金 (※2)	円
	障害年金 (※3)	円
	企業年金基金	円
<input type="checkbox"/> 出産手当金 【分娩予定日: 年 月 日】	円	注) 日額3,612円以上は支給終了後に申請
<input type="checkbox"/> 傷病手当金 (※4) 【受給満了日: 年 月 日】	円	注) 日額3,612円以上は支給終了後に申請
<input type="checkbox"/> その他収入 (雑収入・利子配当金・株式譲渡等) []	円	注) 税務署の受付印・電子申請の場合受付番号記載のもの
<input type="checkbox"/> 16歳未満 (中学生以下) の学生		【申請対象者が18歳以上60歳未満の方】 60歳未満の方は就労可能な年齢にあり、被保険者の支援がなくても自立して生活できる場合が多くあります。この為、就労できない状態にあることを証明し被保険者が生活のほとんどを援助しなくてはならない状態にある事を申告する必要があります。
<input type="checkbox"/> 就学中 [高校生 ・ 大学生 ・ その他 ()]		
<input type="checkbox"/> 数年勤めていない [専業主婦 (夫) の方はここにチェック]		
<input type="checkbox"/> 自営業を廃業した		
<input type="checkbox"/> 就職活動中		
<input type="checkbox"/> 病気療養中		注) 傷病手当金受給の方は収入あり (※4) →記入
<input type="checkbox"/> 障がい者		注) 障害年金受給の方は収入あり (※3) →記入
<input type="checkbox"/> その他 【理由: 】		

4. 申請対象者の雇用保険の加入の有無および受給状況	
<input type="checkbox"/> 昨年または本年途中までは勤務していた 退職日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 退職年度の収入 _____ 円/年間	注) 「雇用保険に伴う誓約書」を必ずご提出ください。
<input type="checkbox"/> 受給しない(辞退する) (理由 _____) <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 受給延長中または手続き予定 <input type="checkbox"/> 給付制限期間中	注) 日額3,612円(60歳以上・障害者は5,000円)以上は支給終了後に申請 注) 出産は母子手帳のコピー可・後日延長通知書のコピー提出 注) 「給付制限期間中」の印字があるもの添付
<input type="checkbox"/> 受給終了 [_____ 年 _____ 月 _____ 日終了] <input type="checkbox"/> 加入期間の不足 <input type="checkbox"/> 未加入だった	注) 「支給終了」の印字があるもの添付

5. 被保険者の配偶者について(申請対象者が配偶者の場合は記入不要)	
<input type="checkbox"/> 無 状況 [<input type="checkbox"/> 未婚 ・ <input type="checkbox"/> 離別 ・ <input type="checkbox"/> 死別] <input type="checkbox"/> 有 配偶者の収入 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [_____ 円/年間]	注) 配偶者が児童(扶養)手当など受給している場合は収入となりますのでご記入ください。

6. 申請対象者が配偶者・子以外の場合、その家族を扶養する義務のある方について						
氏名	続柄	同別居	職業	年収	家族への生活費等の援助	例
		同・別		円	無・有(毎月 円)	例1. 父母を申請する場合 → 被保険者の兄弟姉妹全員を記入
		同・別		円	無・有(毎月 円)	例2. 義父母を申請する場合 → 配偶者の兄弟姉妹全員を記入
		同・別		円	無・有(毎月 円)	例3. 被保険者と別居の場合 → 申請対象者と別居されている方全員を記入
		同・別		円	無・有(毎月 円)	注) 同居所であっても世帯がわかれている場合(世帯分離)は別居となります。
別居先の同居者が扶養申請者の生計を維持できない理由を記入してください。 [_____]						

7. 申請対象者の配偶者について	
<input type="checkbox"/> 無 状況 [<input type="checkbox"/> 未婚 ・ <input type="checkbox"/> 離別 ・ <input type="checkbox"/> 死別(西暦 _____ 年 _____ 月死亡)] →遺族年金(有・無) <input type="checkbox"/> 有 配偶者の収入 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [_____ 円/年間]	注) 遺族年金受給の方は収入あり(※2)へ記入 注) 給与・年金・基金など全て収入となります。

8. 生活費の仕送り額について(子供の通学・単身赴任による別居は送金証明不要)	
被保険者からの仕送り額 [_____ 円/月]	注) 添付書類一覧表④を参照
他の親族からの仕送り額 [_____ 円/月]	

被保険者の誓約書

本届書に記載した内容は事実と相違ありません。事実と相違していた場合(虚偽)には、扶養認定日に遡り認定の取消が行われても異議を申し立てません。なお、認定基準に該当しなくなった場合は、速やかに被扶養者削除の手続きを行います。また認定取消や届出遅延によりその間、貴健保が負担した医療費及び保険給付費等が発生した際は全額返金することを誓約します。

被保険者氏名 _____ 印

扶養申請にあたり未記入書類、未提出書類があった場合は受理できません。
 申請される方の収入や生活実態、被保険者の経済的扶養能力を総合的に審査の上、認定の可否を決定します。
 本紙に記載(添付)された個人情報、扶養認定の審査目的のみに使用し、目的の範囲を超えての利用は致しません。

事業所での確認	健保 使用 欄	扶養認定の可否	認定不可理由	事務長	担当者
確認日 _____ 年 _____ 月 _____ 日		認定 ・ 認定不可 ・ 保留			
担当者氏名 _____		健保決定認定日			
		_____ 年 _____ 月 _____ 日			