

記入例

扶養（２）16歳未満の子及び16歳以上の学生である子の扶養申請

●就労可能に該当する方の申請につきましては、被保険者により主として生計が維持されているか否かを、総合的かつ厳正に審査します。

被保険者《申請者》				被扶養者にしたい方（認定対象者）					
1	記号	000	番号	0000	氏名	健保 令子		続柄	子
	氏名	健保 太郎			生年月日	S・H・R 元年 9 月 25 日	年齢	0 歳	
	(平日昼間の) 連絡先		090-000-0000		申請理由	事由発生年月日	H・R 元年 9 月 25 日	※申請理由を証明する書類を添付ください。	
3	現在（申請以前）加入している健康保険（保険者名）			4	出生				
	健康保険組合（ ） 国民健康保険（ ）								
	共済組合（ ） 協会管掌健康保険（ ）								
	任意継続保険（ ） その他（ ）								
記入欄（被扶養者にしたい方について）					必要な添付書類 等（□にチェックしてください）				
5	☐ 長男 ☐ 二男 ☐ 三男 ☒ 長女 ☐ 次女 ☐ 三女 ☐ その他〔 〕			☐ 16歳以上の学生は、在学証明書、入学許可書					
	被保険者の配偶者			被保険者の配偶者が、当健保の被扶養者の場合は、添付書類は不要です。被扶養者でない場合は、下記該当の①～③のいずれかの添付書類を添付して提出してください。					
6	☒ 有り 氏名 健保 優子 年齢 32			☒ ①配偶者の所得証明書 及び 年間収入見込額証明書					
	☐ なし			☐ ②配偶者の確定申告書写し【自営業者のみ】					
	☐ 配偶者の死亡（ 年 月 日）			☐ ③配偶者の年金通知書等【年金受給者のみ】					
	☐ 離婚（ 年 月 日）			・住民票（家族世帯全員が記載されており、被保険者との関係が確認できるもの）					
7	☐ その他（ ）			・死亡・未婚の場合は、戸籍謄本などその事実が確認できるもの					
	確定事項 ※該当しない場合は二重線を引いて末梢してください。			・離婚の場合、離婚受理証明書等の事実がわかる公的証明					
	※ 他方からの仕送り援助等を受けて います。 （ 円/月） いません。								
	・被扶養者（子）の年収が130万を超えることが確定した時や自身で健康保険に加入した時は、速やかに被扶養者取消の手続きをいたします。								
・被扶養者（子）の現況に上記以外の変化があった場合は、申し出します。事実と異なることが判明した際は、遡って認定を取り消し給付等の返還をすることに異存ありません。									
令和 元 年 9 月 30 日			(被保険者) 健保 太郎		(認定対象者) 健保 令子				

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と訂正した方の氏名（サイン）をご記入ください。

- 未記入がある場合は差し戻いたします。
- 必要に応じて、内容の問い合わせや書類の追加をお願いする場合がございます。その際は、状況により審査期間を要します。
- 市区町村で証明書類を取得する場合、マイナンバーの記載がないものをお願いします。
- 否認となった場合は、お預り書類を事業所担当者さま宛に返却いたします。
- 不明点等ございましたら、ダスキン健康保険組合適用担当者まで問い合わせください。

Tel：06-6821-5095

事業所での確認
確認日 令和 元 年 10 月 1 日
担当者名 担東 明

健保 使用 欄	審査 結果	認定 ・ 否認	常務理事	事務長		担当者

差し戻し	受付日

記入例

扶養（２）16歳未満の子及び16歳以上の学生である子の扶養申請

●就労可能に該当する方の申請につきましては、被保険者により主として生計が維持されているか否かを、総合的かつ厳正に審査します。

被保険者《申請者》				被扶養者にしたい方（認定対象者）					
1	記号	000	番号	0000	氏名	健保 良太		続柄	子
	氏名	健保 太郎			生年月日	S・H・R 15年 4月 9日	年齢	16歳	
	(平日昼間の)連絡先		090-000-0000		申請理由	事由発生年月日 H R 元年 8月 27日			
3	現在（申請以前）加入している健康保険（保険者名）			4	※申請理由を証明する書類を添付ください。				
	健康保険組合（ ）		国民健康保険（ ）		親（被保険者）が就職したため				
	共済組合（ ）		協会管掌健康保険（ ）						
	任意継続保険（ ）		その他（ ）						
記入欄（被扶養者にしたい方について）					必要な添付書類 等（□にチェックしてください）				
6	☒ 長男 ☐ 二男 ☐ 三男 ☐ 長女 ☐ 次女 ☐ 三女 ☐ その他〔			☐ 16歳以上の学生は、在学証明書、入学許可書 被保険者の配偶者が、当健保の被扶養者の場合は、添付書類は不要です。 被扶養者でない場合は、下記該当の①～③のいずれかの添付書類を添付して提出してください。					
	☒ 有り 氏名 健保 優子 年齢 32 ☐ なし ☐ 配偶者の死亡（ 年 月 日） ☐ 離婚（ 年 月 日） ☐ その他（ ）			☒ ①配偶者の所得証明書 及び 年間収入見込額証明書 ☐ ②配偶者の確定申告書写し【自営業者のみ】 ☐ ③配偶者の年金通知書等【年金受給者のみ】 ・住民票（家族世帯全員が記載されており、被保険者との関係が確認できるもの） ・死亡・未婚の場合は、戸籍謄本などその事実が確認できるもの ・離婚の場合、離婚受理証明書等の事実がわかる公的証明					
7	確約事項 ※該当しない場合は二重線を引いて末梢してください。 ※ 他方からの仕送り援助等を受けて いません。（ 円/月） いません。 ・被扶養者（子）の年収が130万を超えることが確定した時や自身で健康保険に加入した時は、速やかに被扶養者取消の手続きをいたします。 ・被扶養者（子）の現況に上記以外の変化があった場合は、申し出します。事実と異なることが判明した際は、遡って認定を取り消し給付等の返還をすることに異存ありません。								
	令和 元 年 9 月 6 日 （被保険者） 健保 太郎				（認定対象者） 健保 良太				

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と訂正した方の氏名（サイン）をご記入ください。

- 未記入がある場合は差し戻いたします。
- 必要に応じて、内容の問い合わせや書類の追加をお願いする場合がございます。その際は、状況により審査期間を要します。
- 市区町村で証明書類を取得する場合、マイナンバーの記載がないものをお願いします。
- 否認となった場合は、お預り書類を事業所担当者さま宛に返却いたします。
- 不明点等ございましたら、ダスキン健康保険組合適用担当者まで問い合わせください。

Tel：06-6821-5095

事業所での確認
確認日 令和 元 年 9 月 15 日
担当者名 担東 明

健保 使用 欄	審査 結果	認定 ・ 否認	常務理事	事務長	担当者

差し戻し	受付日

記入例

扶養（２）16歳未満の子及び16歳以上の学生である子の扶養申請

●就労可能に該当する方の申請につきましては、被保険者により主として生計が維持されているか否かを、総合的かつ厳正に審査します。

	被保険者《申請者》					被扶養者にしたい方（認定対象者）						
1	記号	000	番号	0000	2	氏名	健保 新太			続柄	子	
	氏名	健保 太郎				生年月日	S H R	25年	3月	21日	年齢	6歳
	(平日昼間の)連絡先	090-000-0000				申請理由	事由発生年月日 H R 元年 8月 1日 ※申請理由を証明する書類を添付ください。					
3	現在（申請以前）加入している健康保険（保険者名）				4	親(被保険者)が就職したため						
	健康保険組合()		国民健康保険()									
	共済組合 ()		協会管掌健康保険()									
	任意継続保険()		その他 ()									
記入欄（被扶養者にしたい方について）							必要な添付書類 等 （□にチェックしてください）					
		☒ 長男	☐ 二男	☐ 三男		☐ 16歳以上の学生は、在学証明書、入学許可書もしくは期限が有効な学生証の写し						
		☐ 長女	☐ 次女	☐ 三女								
		☐ その他 []										
6	被保険者の配偶者	☐ 有り						☐ ①配偶者の所得証明書 及び 年間収入見込額証明書				
		氏名		年齢		☐ ②配偶者の確定申告書写し【自営業者のみ】						
		☒ なし						☐ ③配偶者の年金通知書等【年金受給者のみ】				
		☐ 配偶者の死亡 (年 月 日)						・住民票（家族世帯全員が記載されており、被保険者との関係が確認できるもの）				
		☒ 離婚 (H28 年 10 月 10 日)						・死亡・未婚の場合は、戸籍謄本などその事実が確認できるもの				
		☐ その他 ()						・離婚の場合、離婚受理証明書等の事実がわかる公的証明				
7	確約事項 ※該当しない場合は二重線を引いて末梢してください。 ※ 他方からの仕送り援助等を受けて <u>います</u> 。 (円/月) いません。											
	・被扶養者（子）の年収が130万を超えることが確定した時や自身で健康保険に加入した時は、速やかに被扶養者取消の手続きをいたします。											
	・被扶養者（子）の現況に上記以外の変化があった場合は、申し出します。事実と異なることが判明した際は、遡って認定を取り消し給付等の返還をするに異存ありません。											
	令和元 年 8 月 8 日				(被保険者)	健保 太郎			(認定対象者)	健保 新太		

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と訂正した方の氏名（サイン）をご記入ください。

- 未記入がある場合は差し戻いたします。
- 必要に応じて、内容の問い合わせや書類の追加をお願いします。その際は、状況により審査期間を要します。
- 市区町村で証明書類を取得する場合、マイナンバーの記載がないものをお願いします。
- 否認となった場合は、お預り書類を事業所担当者さま宛に返却いたします。
- 不明点等ございましたら、ダスキン健康保険組合適用担当者まで問い合わせください。

TEL : 06-6821-5095

事業所での確認
確認日 令和 元 年 8 月 12 日
担当者名 担東 明

差し戻し	受付日

健康 使用欄	審査 結果	認定 ・ 否認	常務理事	事務長		担当者