

記入例

扶養（3）16歳以上の学生でない子の扶養申請

状況確認

●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。

1	被保険者《申請者》				2	被扶養者にしたい方《認定対象者》				
	記号	000	番号	0000		氏名	健保 一平		続柄	長男
	氏名	健保 太郎				生年月日	S・H・R 8 年 6 月 4 日		年齢	23 歳
	(平日昼間の) 連絡先	090-000-0000								
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	※事由発生年月日を証明する書類を添付ください。 離職し求職活動中のため			
	健康保険組合（ ）	国民健康保険（ ）				事由発生 年月日	H・R 元 年 1 月 1 日			
	共済組合 （ ）	協会管掌健康保険（ ）								
任意継続保険（ ）				その他 （ ）						
5	必ず提出いただく書類：被扶養者現況申立書及び世帯住民票（被保険者と認定対象者の居住状況及び続柄） その他の提出書類は以下を確認ください。									
記入欄（被扶養者にしたい方について）						必要な添付書類 等				
6	被保険者の配偶者	☒ 有り 氏名 健保 優子 年齢 49							☒ 配偶者の所得証明書 及び 年間収入見込額証明書	
		☐ なし							☐ 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）							☐ 配偶者の年金通知書等【年金受給者のみ】	
		☐ 離婚 （ 年 月 日）								
	現況の詳細 該当項目に☑	☐ 入学見込み 入学時期 年 月								
		☐ 傷病による就労不能								
		☒ 求職活動中								
		☐ 障害者								
	現在の勤務状況 該当項目に☑	☐ その他（ ）							・障害者認定状況が確認できるもの（障害者手帳）の写し、 年金通知書の写し及び所得（非課税）証明書	
		☐ パートまたはアルバイト等（雇用期間 年 月から）							※現況により、健保組合より別途指定させていただきます。	
		☐ 自営業							・年間収入見込額証明書及び所得証明書	
									・確定申告書及び売上原価が記載された申告帳票の写し （3年分）及び所得証明書（前年度分）	
8	現在の勤務 （収入）状況	☒ 無職								
		☒ 過去一年以内に働いたことがある （雇用期間：2019年 4月 1日～ 2019年 8月 31日）							・所得（非課税）証明書または退職時の源泉徴収票の写し（退職日記載有）	
		☐ 雇用保険に加入していなかった								
		☒ 雇用保険に加入していたが受給資格なし							・雇用保険の受給に関する証明書の写し	
		☐ 雇用保険の受給資格はあるが受給しない							・離職票 1 と 2 の写し等	
		☐ 雇用保険受給延長中（ 年 月 まで）							・受給期間延長通知書の写し	
		☐ 雇用保険受給終了							・受給資格者証の写し（第 1 ～ 4 面） ※支給終了印のあるもの	
		☐ 雇用保険を受給中または受給予定（待機期間中のみ認定）							・受給資格者証の写し（第 1 ～ 4 面）	
☐ 自営業等をしたことがある （ 年 月 日～ 年 月 日まで）							・廃業したことが確認できる書類			
☐ 過去 1 年間働いたことがない							・所得（非課税）証明書			
9	<確約事項>									
	・ 認定対象者 健保 一平 は、雇用保険を受給しません。後日受給するようになった時には、速やかに申し出します。									
	・ 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 10 月 10 日 （被保険者） 健保 太郎 （認定対象者） 健保 一平										

※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しいたします。 ●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。

●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。

事業所での確認

確認日 令和 元 年 10 月 12 日

担当者名 担東 明

●否認となった場合は、お預り書類を事業所担当者さまあてに返却いたします。

●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

健保使用欄	審査結果	認定・否認	常務理事	事務長		担当者

ダスキン健康保険組合

差し戻し		受付日	
			2024/12/2