

記入例

扶 養 状 況 届

健康保険被扶養者(異動)届付属書類

- (注)1 被扶養者の増加・新規資格取得・被保険者証一斉更新の場合に提出  
2 申請被扶養者1人につき1葉提出。16歳未満は不要。

|              |                          |                |   |   |       |             |         |   |
|--------------|--------------------------|----------------|---|---|-------|-------------|---------|---|
| 所属事業所<br>名 称 | 住友ベークライト(株)<br>等、所属する会社名 | 保 険 証<br>記号・番号 | × | — | ××××× | 被保険者<br>氏 名 | 住 べ 太 郎 | 印 |
|--------------|--------------------------|----------------|---|---|-------|-------------|---------|---|

令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日

・以下申請被扶養者について記入する。

|                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                   |              |                                                                                                      |              |              |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|-----|
| 被扶養者<br>氏 名                                                                                                                                                                            | 住 べ 花 子                                                                                                                                                                                                                           | 被扶養者<br>生年月日 | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | ×× 年 × 月 × 日 | 被保険者<br>との続柄 | 妻   |
| 被扶養者<br>現 住 所                                                                                                                                                                          | 神奈川県横浜市中区〇〇×-×-×                                                                                                                                                                                                                  |              |                                                                                                      |              |              |     |
| 被扶養者の<br>職業又は学校                                                                                                                                                                        | 現在勤務(パート・アルバイトを含む)している勤務先(この届を出すに際し、直近で退職したところも含む。)、または現在(またはこれから)通学している学校名・学年。                                                                                                                                                   |              |                                                                                                      |              |              |     |
| <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 [ <input type="checkbox"/> 定年による退職 <input type="checkbox"/> 疾病による退職 <input checked="" type="checkbox"/> その他( 結婚退職 ) ] |                                                                                                                                                                                                                                   |              |                                                                                                      |              |              |     |
| 有の場合<br>勤務先名・内職名または学校名・学年(予備校・専門学校・高専・大学・大学院は学生証または在学証明書の写しを添付。)                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                   |              |                                                                                                      |              |              |     |
| 名称 <input type="text"/>                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                   |              |                                                                                                      |              |              |     |
| 住所 <input type="text"/>                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                   |              |                                                                                                      |              |              |     |
| 電話 <input type="text"/> — <input type="text"/> — <input type="text"/>                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                   |              |                                                                                                      |              |              |     |
| これ迄加入して<br>いる健康保険                                                                                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> 健康保険( <input type="checkbox"/> 政管 <input checked="" type="checkbox"/> 組合 ) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> その他( <input type="text"/> ) |              |                                                                                                      |              |              |     |
| 収 入                                                                                                                                                                                    | 申請被扶養者の今後の収入予定についてご記入ください。                                                                                                                                                                                                        |              |                                                                                                      |              |              |     |
| (イ)勤 労 収 入(パート・アルバイト・内職含む。)                                                                                                                                                            | 月額 <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                           |              |                                                                                                      |              |              | 円)  |
| (ロ)商 業 収 入(営業の内容                                                                                                                                                                       | 年額 <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                           |              |                                                                                                      |              |              | 円位) |
| (ハ)農 業 収 入(耕作面積 <input type="text"/> アール                                                                                                                                               | 年額 <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                           |              |                                                                                                      |              |              | 円位) |
| (ニ)山 林 収 入(面積 <input type="text"/> アール                                                                                                                                                 | 年額 <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                           |              |                                                                                                      |              |              | 円位) |
| (ホ)年金・恩給(種別 <input type="text"/> 最近の受給明細の写しを添付する。                                                                                                                                      | 年額 <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                           |              |                                                                                                      |              |              | 円)  |
| (ヘ)雇用保険金(受給期間 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日～平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日                          | 月額 <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                           |              |                                                                                                      |              |              | 円)  |
| (ト)退職金収入(平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日退職                                                                                                     | 支給額 <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                          |              |                                                                                                      |              |              | 円)  |
| (チ)不動産収入( <input type="text"/> )                                                                                                                                                       | 月額 <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                           |              |                                                                                                      |              |              | 円)  |
| (リ)利 子 収 入( <input type="text"/> )                                                                                                                                                     | 月額 <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                           |              |                                                                                                      |              |              | 円)  |
| (ヌ)その他収入( <input type="text"/> )                                                                                                                                                       | 月額 <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                           |              |                                                                                                      |              |              | 円)  |
| 申請被扶養者はあなたの給料の家族手当の支給対象に                                                                                                                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> なっている <input type="checkbox"/> なっていない                                                                                                                                                         |              |                                                                                                      |              |              |     |
| 申請被扶養者はあなたの給料の源泉所得税の控除の対象に                                                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> なっている <input type="checkbox"/> なっていない                                                                                                                                                         |              |                                                                                                      |              |              |     |
| 健 康 状 況                                                                                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> 良好で元気にしている <input type="checkbox"/> 病気のため受診中である(傷病名 <input type="text"/> )                                                                                                                    |              |                                                                                                      |              |              |     |

| 健康保険組合 |     |     |
|--------|-----|-----|
| 常務理事   | 事務長 | 担当者 |
|        |     |     |

| 事業所担当課 |     |
|--------|-----|
| 部課長    | 担当者 |
|        |     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                                                       |                                            |     |       |                                                       |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----|-------|-------------------------------------------------------|----|
| 下記の公費助成をうけているか                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    | <input type="checkbox"/> 受けている                        | <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない |     |       |                                                       |    |
| <div><input type="checkbox"/> 老人医療</div> <div><input type="checkbox"/> 身体障害者医療</div> <div><input type="checkbox"/> 原爆医療</div> <div><input type="checkbox"/> 結核予防法</div> <div><input type="checkbox"/> 難病対策医療</div> <div><input type="checkbox"/> 精神衛生法</div> <div><input type="checkbox"/> 公害補償</div> <div><input type="checkbox"/> 生活保護法</div> <div><input type="checkbox"/> その他( )</div> |    |                                                       |                                            |     |       |                                                       |    |
| 記号番号( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    | 市区町村名( )                                              |                                            |     |       |                                                       |    |
| あなたが扶養しなければならない理由                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    | ( <input type="checkbox"/> にチェックし、具体的な理由を記入して下さい。 )   |                                            |     |       |                                                       |    |
| <div><input type="checkbox"/> 失業</div> <div><input type="checkbox"/> 死亡</div> <div><input type="checkbox"/> 入学</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> 婚姻</div> <div><input type="checkbox"/> 出産</div> <div><input type="checkbox"/> その他</div>                                                                                                                                      |    |                                                       |                                            |     |       |                                                       |    |
| 具体的な理由                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |                                                       |                                            |     |       |                                                       |    |
| 申請被扶養者が配偶者・子以外の場合                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    | 扶養義務者(申請被扶養者を本来扶養する義務のある人)の状況について下記に記入する。(被保険者は記入しない) |                                            |     |       |                                                       |    |
| (注)申請被扶養者との同居・別居を含め、あなたの兄弟姉妹等扶養義務者全員について記入して下さい。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                                                       |                                            |     |       |                                                       |    |
| 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 続柄 | 年齢                                                    | 職業                                         | 勤務先 | 月収(千) | 同居・別居                                                 | 住所 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                                                       |                                            |     |       | <input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別 |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                                                       |                                            |     |       | <input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別 |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                                                       |                                            |     |       | <input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別 |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                                                       |                                            |     |       | <input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別 |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                                                       |                                            |     |       | <input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別 |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                                                       |                                            |     |       | <input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別 |    |
| 申請被扶養者をどう方法で扶養しますか                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    | 1 申請被扶養者の収入額                                          |                                            | 月額  |       | 円                                                     |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    | 2 あなたからの扶養額                                           |                                            | 月額  |       | 円                                                     |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    | 3 あなた以外からの扶養額                                         |                                            | 月額  |       | 円                                                     |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    | 合計                                                    |                                            | 月額  |       | 円                                                     |    |

|        |                              |   |
|--------|------------------------------|---|
| 事業主の証明 | 上記事項の記載内容は事実と相違なきことを証明いたします。 |   |
|        | 所在地                          |   |
|        | 会社名                          |   |
|        | 代表者                          | 印 |

申告頂いた個人情報は、個人情報の保護に努め、安全に管理し、組合が定める「情報の利用目的」以外には使用しません。