

被扶養者認定申立書

(出生による扶養認定は除く。)

この申立書は、被扶養者の認定にあたり生計維持関係等の確認書類として重要な資料となりますので、下記事項について事実ありのままにご記入ください。

申告内容に関して、問合せや新たな書類の提出をお願いすることがありますのでご了承ください。

なお、事実に相違することが判明した場合は、認定時に遡って取り消し、医療費等の給付金を返還していただくことになりますので、くれぐれもご注意ください。

必ず被保険者ご自身でご記入いただき、記入漏れのないようにお願いします。

認定対象者氏名	続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	歳
---------	----	------	----------------	---	---	---	---

1. 対象者(被扶養者として申請する方)の現況について記入してください。

被保険者と同居・別居	被保険者と家計は同一・別	所得税法上の扶養控除	有・無		
申請時に加入している医療保険の種類 (コピーを添付)	<input type="checkbox"/> 会社加入の健康保険(本人・家族) <input type="checkbox"/> 国民健康保険	<input type="checkbox"/> 任意継続健康保険(本人・家族) <input type="checkbox"/> 無保険	<input type="checkbox"/> その他()		
収入の種類	収入の有無	内 容	月 額	必要添付書類等	
申請 日 見 込 の 額	勤 労 収 入	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	正社員・パート・アルバイト	円	給与明細書(写)または収入見込書(写)等
			雇用形態変更・その他()	円	
	事 業 所 得	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	自営・農業・その他()	円	所得税青色申告決算書または収支内訳書
			老 齢 年 金	円	
			遺 族 年 金	円	
			障 害 年 金	円	
年 金 ・ 恩 給	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	恩 給	円	年金振込通知書(写)等、所得証明書(写)	
		そ の 他 ()	円		
※ 申請後に、上記年金等を新規または追加受給された場合は申出願います。					
そ の 他	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	不動産・利子・配当金・その他()	円	所得証明書(写)等	
<input type="checkbox"/> 収入なし (無職・無収入で今後も変わらない)					

参 考

60歳未満→年間収入130万円未満(月額108,334円未満)であること

60歳以上→年間収入180万円未満(月額150,000円未満)であること

申請の経緯 及び理由	
※できるだけ詳細に記入してください。	

2. 直近3年以内の雇用保険(失業等給付)について記入してください。

勤務先名		退職日	令和	年	月	日	退職理由	
雇用保険受給状況	詳 細						必要添付書類等	
<input type="checkbox"/> 受給しない	理由()						離職票1・2(原本)、誓約書	
<input type="checkbox"/> 受給できない	理由 <input type="checkbox"/> 雇用保険未加入 <input type="checkbox"/> 加入期間不足 <input type="checkbox"/> その他						雇用保険未加入証明書(写)等	
<input type="checkbox"/> 受給延長	理由()						離職票1・2(原本)、誓約書	
<input type="checkbox"/> 受給終了	受給終了日 令和 年 月 日						雇用保険受給資格者証(写)	
<input type="checkbox"/> 受給予定							離職票1・2(原本)または雇用保険受給資格者証(写)、誓約書	
<input type="checkbox"/> 受給中	※ 基本手当日額3,611円以下の方に限り申請することができます。						雇用保険受給資格者証(写)	
<input type="checkbox"/> 退職履歴なし								

3. 直近1年以内の保険給付について記入してください。

傷病手当金	<input type="checkbox"/> 受給中	<input type="checkbox"/> 受給予定	<input type="checkbox"/> 受給終了	<input type="checkbox"/> 受給なし
出産手当金	<input type="checkbox"/> 受給中	<input type="checkbox"/> 受給予定	<input type="checkbox"/> 受給終了	<input type="checkbox"/> 受給なし

4. 被保険者以外の扶養義務者について記入してください。

氏名	続柄	年齢	職業	同居・別居の別	年収見込額	(参考)扶養義務者の例
				同居・別居	円	・ 母(父)の申請→父(母)、兄弟等
				同居・別居	円	・ 父母の申請→兄弟等
				同居・別居	円	・ 兄弟の申請→親兄弟等
<input type="checkbox"/> 扶養義務者なし						

5. 認定対象者が別居の場合は記入してください。

認定対象者の住所	〒 -					連絡先	
						- -	
被保険者からの仕送り額	認定対象者と同居の家族	氏名	続柄	年齢	職業	年収見込額	
毎月額						円	
ボーナス時						円	
※ 直近3ヶ月程度の送金状況がわかる証明書を添付してください。・・・振込時の通帳(写)、銀行振込控(写)、現金書留控(写)等							

近畿日本鉄道健康保険組合 理事長 殿

上記のとおり、対象者の扶養状況に相違ないことを申し立てます。

なお、当該対象者が被扶養者の認定要件を満たさなくなった場合は、速やかに所定の手続きをとることを誓約いたします。

令和 年 月 日 被保険者氏名