

健康保険被扶養者認定申請書

東プレ健康保険組合理事長殿

提出年月日 年 月 日

※この申請書は、被扶養者の認定にあたり生計維持関係の立証書類として重要な資料となりますので、下記項目に必ず事実を正確に記入して下さい。なお、被扶養者の認定後、事実と相違していることが判明した場合は、遡って資格を喪失し、その間の保険給付費等については返還請求致します。

被保険者証 記号 番号	事業所名	被保険者氏名 Ⓜ	被保険者の現住所 〒 ()		
認定対象者氏名 フリガナ	生年月日 年 月 日	年齢 歳	続柄	同居・別居 (二世帯住宅は別居になります)	健康状態 健康・通院中

※認定対象者についてお答え下さい。(複数回答可、当てはまるもの全て)

1.あなたが扶養することとなった理由は何ですか？	あなたが・・・ 入社 結婚 離婚 認定対象者が・・・ 離職 収入減 雇用保険受給終了 その他の理由() 自営業を廃業
2.認定対象者の現在の状況を教えて下さい。	家事(手伝い)・育児 パート又はアルバイト 内職 求職中 独学中 病気療養中 年金生活 その他()
3.現在加入している医療保険制度名について記入して下さい。 (加入している保険証のコピー添付)	現在は・・・ 被保険者 被扶養者(誰の) 健康保険 国民健康保険 共済組合 任意継続 医療保険制度名は・・・ 国保組合 無加入(年 月頃から加入していない) その他()
4.現在、勤務先がある方は右の欄に記入して下さい。 (アルバイト・パート・内職全て含みます。) 現在職業は・・・ 有 無	会社名 _____ パート 所在地 _____ アルバイト _____ 契約社員 _____ 派遣社員 _____ その他()
5.以前の勤務先についてお聞きします。 (自営業者も記入、過去5年前迄に職業があった方は記入、複数ある場合は直近の) 会社名 _____ 所在地 _____ 〒 _____ 正(準)社員 契約社員 派遣社員 パート アルバイト 自営業 農業 その他()	退職年月日 _____ 年 月 日 退職理由は・・・ 定年 結婚 出産(年 月予定) 育児 解雇 倒産 病気療養 契約期間終了 その他() 勤務期間 _____ 年 月 離職票の交付は・・・ 有 無 無加入 在職中の健康保険 国民健康保険 共済組合 医療保険制度名は・・・ 国保組合 無加入 他()
6.認定申請する年に収入がある方は、全ての収入を右の欄に記入して下さい。 (申請する年の1月1日～12月31日までの金額で、見込みを含めて年額を記入します。) (各種証明書添付のこと) 申請する年に収入は・・・ 有 無 前年の収入は・・・ 有 無 有の場合、年収(円)	給 与 _____ 円 アルバイ ト・パ ー ト 退 職 金 _____ 円 雇 用 保 険 _____ 円 出 産 手 当 金 _____ 円 傷 病 手 当 金 _____ 円 自 営 業 所 得 _____ 円 不 動 産 所 得 _____ 円 農 業 所 得 _____ 円 年 金 厚生・国民・遺族・障害・共済組合 厚生年金基金・恩給・他 ()年金 円 開始 年 月～ ()年金 円 開始 年 月～ ()年金 円 開始 年 月～ そ の 他 円 合 計 円
7.その他申立事項がありましたら記入して下さい。	