

健康保険被扶養認定調書【16歳未満(中学生以下)の子の場合は提出不要】

常務理事	事務長	担当	担当

事業所 人事・総務 経由

タクマ健康保険組合 御中

令和 年 月 日

会社名

記号—番号

氏名

下記の内容は事実に相違なく、また、下記の者は、主として私の収入により生計を維持しています。

1. 被扶養者にしたい方について

氏名		被保険者との続柄	※1
生年月日	S・H・R 年 月 日 歳	同居・別居の別	同居 ・ 別居

※ 非該当の箇所には記入不要です

* 添付書類（必ず添付願います）

※1 義父母、伯父・伯母(叔父・叔母)、兄弟・姉妹、甥・姪：* 住民票および戸籍謄本 写、内縁の配偶者：* 民生委員証明 原本

2. 職歴または学籍

現職 (含:パート・アルバイト)	勤務先 名称		* 所得証明書 原本 * 給与明細 (直近3カ月分 写)
前職 (含:パート・アルバイト) 2年以内に退職 した方のみ	勤務先 名称		* 所得証明書 原本 * 源泉徴収票 写 (退職日記載)
	退職日	H R 年 月 日 ; 勤続 年 月	退職理由
学籍 (在学中)	学校名	(年生)	* 学生証 (両面) 写 または 在学証明書 原本 * 専門学校・予備校の場合 : 年間カリキュラム 写

3. 現在の収入

全くの無収入	<input type="checkbox"/> ← チェック <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください	* 所得証明書 原本 (24歳以下の学生は 不要)
パート・アルバイト	月額 円 (税金控除前・含 通勤手当)	* 所得証明書 原本 * 給与明細 (直近3カ月分 写)
自営・家業収入	月額 円 (必要経費を除く)	* 所得証明書 原本 * 直近の確定申告書 写 * 自営業等を廃業した場合 : 廃業届 写
家賃・不動産収入	月額 円 (必要経費を除く)	
雑収入	月額 円 (必要経費を除く)	
利子・配当収入	月額 円 (税金控除前)	
保険給付収入 (傷病・出産・労災)	月額 円 支給先名称 :	* 所得証明書 原本 * 支給決定通知 写
各種年金・恩給	種類 : 該当に ○ ⇒ 老齢・遺族・障害・共済・恩給・他() 年額 円 (保険料等控除前 ; 複数ある場合は合計金額)	* 直近の振込 (裁定) 通知 写 * 所得証明書 原本

4. 失業保険給付について ※2年以内に退職した方のみ (パート・アルバイト含む)

受給終了	R 年 月 終了	* 「支給終了」の印字された受給資格者証の両面 写
受給延長	R 年 月 ~ 月 延長	* 受給期間延長通知書 写 * 雇用保険の受給に関する申立書 原本
受給しない	雇用保険に <input type="checkbox"/> 未加入 ……………	* 退職証明 および 雇用保険未加入証明 原本
	<input type="checkbox"/> 加入していた …………… (該当に <input checked="" type="checkbox"/>)	* 離職票-1 および 2 写 * 受給期間延長通知書 写 * 離職票未交付の場合 : 資格喪失確認通知書 写 * 雇用保険の受給に関する申立書 原本

★ いずれ失業給付を受給する意志のある方は、必ず「受給期間延長」の手続きをしてください。
延長手続きに日数がかかる時は、「受給期間延長通知書」のコピーは、後日提出でも可。
(その場合、「離職票-1と2」のコピーを添付してください。)

★ 失業給付の受給は、再就職までの生活費と考えられ、待機期間・給付制限期間も含めて 受給中は、被扶養者として認定できませんので、ただちに扶養から外す手続きを行ってください。

裏面に続く

5. 健康保険の加入状況

現在加入している健康保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 無保険： R 年 月 日 ~
	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 名称：.....健康保険組合
	<input type="checkbox"/> 以前勤めていた会社の任意継続保険 ★ 任意継続保険の方は 資格喪失後に * 任意継続保険資格喪失証明書 原本 を添付して申請ください

6. 別居の場合の申請について（単身赴任・長期現場出張・24歳以下の学生は除く）

別居している理由	* 別居者の世帯全員の住民票 写		
仕送り額	月額：.....円	* 直近3カ月の振込票 写 または 通帳 写	
	年額：.....円（賞与時含む）	★ 送金の事実を確認するため、必ず銀行振込を利用ください。	
対象者と現在同居している方	氏名：.....	続柄：.....	年齢：..... 年収：.....円
	氏名：.....	続柄：.....	年齢：..... 年収：.....円
	氏名：.....	続柄：.....	年齢：..... 年収：.....円

7. 他に先順位扶養義務者がいる場合

（母→父、父→母、祖父母→父母、孫・甥・姪→その父母、伯父・伯母（叔父・叔母）→その子）

被保険者が扶養しなければならない理由			
先順位扶養義務者	氏名：.....	被扶養者との続柄：.....	* 先順位扶養義務者の所得証明書 原本

8. その他；被扶養者について

出産予定がある方	出産予定日 R 年 月 日
障害者の方	障害等級 級 * 障害者手帳 写
備 考

★ 注意事項

1. 手書きで記入する場合は、ボールペンで記入してください。
2. 続柄は「長男・長女」「実母・義母」等、正確に記入してください。
3. 記入漏れがあった場合には、返却させていただくことがあります。
4. その他、事情によっては上記以外の添付書類を求めることがありますので、ご協力願います。