

秘

被扶養者認定に係る申出書

下記記入事項に相違ありません。

平成 年 月 日

愛鉄連健康保険組合理事長殿

被保険者氏名

㊞

被保険者証の 記号番号		被扶養者として認定を 申請する家族の名称	満 年 齢	歳	被扶養者として認定を申請する家族に係る下記事項につき 該当するものを○印又は金額、日付等を記入してください。
① 被扶養者として申請する家族の 配偶者は ・ある ・ない ・ない場合 〔 ・ 年 月 日 離別 ・ 年 月 日 死別 〕	③ 申請する以前1年間に就職の経験は ・ある ・ない ・ある場合 会社名 所在地 市 区・町 入社年月日 年 月 日 退職(予定)年月日 年 月 日 保険証の記号番号 ( ・ ) 保険者名 ( ) 例：保険者名(協会健保・愛知支部)等	⑤ 老齢年金、遺族年金、企業年金、共済 年金、障害年金を受けていますか ・受けている ・受けていない ・受けていない場合その理由 〔 1. 受給要件を満たしていない 2. 裁定請求の手続きを行っていない (その理由: ) 3. 現在申請中 (申請年月日: 年 月 日) 4. 平成 年 月頃申請予定 5. 65歳到達時に申請予定 受けている場合は、直近の年金振込通知 書(国年の場合支払通知書)の写しを添付 してください。((※1)老齢年金等課税対 象の収入については省略要件有) 〕	⑧ 被保険者と同居していますか 同居して ・いる ・いない ・同居していない場合 被保険者より送金されている 月 額 ( 円) (※1)仕送りしている場合は、仕送りの事実 と仕送り額が確認できる書類が必要です。 振込の場合：預金通帳等の写し 送金の場合：現金書留の控え(写し) ・同居していない場合はその理由 〔 〕		
② 現在働いていますか ・いる ・いない ・働いている場合 職種(パート・アルバイト・その他( )) 1日の労働時間(平均) ( 時間) 1ヶ月の勤労日数(平均) ( 日) その収入は(月 円) 賞与の有(年 回)・無 賞与合計( 円) (※1)収入がある場合は、直近3か月 分の給与明細書の写し、賞与がある場合 は直近の賞与明細書の写し等を添付し てください。	④ 雇用保険法による失業給付金を受けて いますか 1. 受けている 2. 受けていない 3. 申請中 4. 申請予定 ・受けていない場合その理由は (具体的に) 〔 〕 受けている場合は雇用保険受給資格者証 の写し(支給日額入り)を添付してください。	⑥ 傷病手当金・労災保険の休業補償を受 けていますか ・受けている ・受けていない 受けている場合は支給開始日、支給日額の わかる書類の写しを添付してください。	⑨ 被扶養者として申請する理由を下記か ら選び、記入してください。 1. 被保険者の資格取得 2. 退職 3. 収入の減 4. 任継喪失 5. 結婚 6. 雇用保険受給終了 7. 自営業の廃止 8. 上記に当てはまらない場合は、申請理由 を詳しくご記入ください。 〔 〕		

◎下記の表に被扶養者の数とは関係なく家族全員を記入してください。※異動届の受付日からの認定になりますので(被保険者資格取得時等除く)、お早めにご提出ください。

氏 名	続柄	満年齢	職 業	年間収入 (給与以外の収入含)	同居・別居	住所 (同居の場合は省略可)	備 考
	被保険者 本人						
					同・別	〒 ー	
					同・別	〒 ー	
					同・別	〒 ー	
					同・別	〒 ー	
					同・別	〒 ー	

◎ご提出いただいた情報は、本人の同意なく本目的以外に使用いたしません。(※1)一定の要件をみたした場合には書類の添付を省略することができます。(異動届裏面参照) 平成30年10月1日改