|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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前 |  | 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．令和　　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（ﾊﾟｰﾄ・ｱﾙﾊﾞｲﾄ・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。 |
| ⑦　今回扶養申請した家族はあなたの税法上の扶養控除対象者となっていますか　・対象者または今後対象者　・対象外・対象外となっている理由 |

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。令和　　年　　月　　日

愛鉄連健康保険組合理事長殿　　被保険者氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

**秘**

◎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 | 〒 　－ |  |
|  |  |  |  |  | 同・別 | 〒 　－ |  |
|  |  |  |  |  | 同・別 | 〒 　－ |  |
|  |  |  |  |  | 同・別 | 〒 　－ |  |
|  |  |  |  |  | 同・別 | 〒 　－ | 令和1年5月1日改 |

◎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)