

被扶養者認定申請書

認定日	令和	年	月	日
不認定理由				
決裁日	令和	年	月	日
常務理事	事務長			係

健康保険組合受付日

提出日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

被保険者等の 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	①

以下は申請する被扶養者について記入してください。

被扶養者とする 者の氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	(満才)	続柄
			<input type="checkbox"/> 平成					

扶養の理由	<この届をするまでの状態> 該当する□欄にレ印および記載をして下さい。								
	<input type="checkbox"/> 1. 自らが被保険者であった。		退職年月日		年	月	日	*退職後現在まで下記健康保険に加入している場合はレ印および記載をして下さい。 <input type="checkbox"/> 任意継続 } → 資格喪失証明書添付 <input type="checkbox"/> 被扶養者(誰の:) } → 資格情報のお知らせ(写)添付 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 → 資格情報のお知らせ(写)添付	
	退職時勤務先								
	<input type="checkbox"/> 2. 国民健康保険の被保険者である		→ 資格情報のお知らせ(写)添付						
<input type="checkbox"/> 3. 家族の健康保険の被扶養者であった。		誰の:		<input type="checkbox"/> 夫	<input type="checkbox"/> 妻	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> その他()	→ 資格喪失証明書添付
<input type="checkbox"/> 4. 無保険 (ヶ月以上何の健康保険にも加入していない)									
<被扶養者とする理由>									
あなた以外に申請する被扶養者を経済的に援助している方がいますか?									
1. いる 子・父・母・夫・兄弟姉妹・その他() <u>その方が援助している額:</u> 円/月									
2. いない									

所得の有無	<申請する被扶養者の異動届後の収入> *証明書類は必ず添付して下さい。							
	<input type="checkbox"/> 無							
	<input type="checkbox"/> 有 収入の多少に関係なく内訳を記入して下さい。(公的年金・企業年金、雇用保険(失業手当)、その他給付金(出産手当金、傷病手当金等)を含む)							
	収入内訳				年収額			
				円				
				円				
				円				
合計				円				

(雇用保険受給資格者)	有	<input type="checkbox"/> 受給しません	➤ 離職票1と2共に受給しない証明「法第4条3項不該当」等の印表示のある写し提出
		<input type="checkbox"/> 受給します(注2)	➤ 求職申込み後に、雇用保険受給資格者証の写し提出
		<input type="checkbox"/> 受給期間を延長します	➤ 雇用受給延長申請後に、受給延長受理証の写し提出
<input type="checkbox"/> 無			

別居について	<別居先の世帯主>		
	<input type="checkbox"/> 申請する被扶養者本人		
	<input type="checkbox"/> その他(その者の氏名)	(被保険者との関係)	
	被扶養者への仕送額	円/月	*被扶養者となる者の年間収入より多いことが扶養の条件となります。

(注1) この届書により被扶養者としての認定を受けた後、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いたします。

(注2) 雇用保険を受給し、基本手当日額が3,612円以上(障害者または60歳以上の方は5,000円以上)の場合
アコム健康保険組合

は給付制限期間中のみ被扶養者として認められます。