

※ 申告の際は、先ず被扶養者セルフチェックシートで資格の可能性をご確認ください。
 チェックシートは、健保のホームページをご覧ください。事業所健保担当者にご確認ください。

事業所名	ヤマハ発動機株式会社	保険証記号	61	保険証番号	123456	被保険者名	山葉 太郎	年収	561万円
------	------------	-------	----	-------	--------	-------	-------	----	-------

1. 被扶養者として申告する方の状況について ※続柄は「親」「子」という書き方ではなく「義母」「長男」等、正確な続柄をご記入ください。

対象者の氏名	(フリガナ) ヤマハ ウメコ 山葉 梅子	被保険者との続柄	配偶者	生年月日	昭和・平成・令和	55年 1月 2日	年齢	39歳
対象者の連絡先	TEL 090-1243-4578	直近又は現在加入している医療保険	1. 国民健康保険(保険証コピー添付) 2. 健保・共済組合の被保険者(喪失証明書添付) 3. 健保・共済組合の被扶養者(喪失証明書 または 保険証コピー) 4. 保険未加入					
現在/直近(最終)の職業・勤務先	職業 社員	会社名	ヤマハ株式会社		所在地	静岡県浜松市中区中沢町10-1 TEL 053 - 460 - 2071		
直近の退職日	退職(廃業)年月日	平成	令和	元年 11 月 30 日	勤務年数	14年 2ヶ月	退職事由	自己都合

収入の状況について(該当項目に○を記入)	給与収入	<input checked="" type="radio"/> 無 ・ 有 (金額 _____ 万円/年間)	
	雇用保険失業給付について(該当項目に○を記入)	未加入	・健保所定「退職証明書」もしくは退職時源泉徴収票のコピー等(雇用保険未加入と退職の事実がわかるもの)を添付
		受給しない(期間不足、放棄等)	・健保所定の「雇用保険失業給付に関する誓約書」 ・離職票1、2のコピー又は「雇用保険資格喪失確認通知書」コピーを添付
		<input type="radio"/> 受給予定	・健保所定の「雇用保険失業給付に関する誓約書」 ・離職票1、2(又は受給資格者証)のコピーを添付
		受給延長(延長予定)	健保所定「雇用保険失業給付に関する誓約書」及び離職票1、2のコピーを添付 (受給開始予定 年 月 頃)
		受給中	「受給資格者証」のコピーを添付 ※ 基本手当日額が3,612円(60歳以上は5,000円)以上は認定対象外
	既に受給済	『支給終了』の印字がある受給資格者証のコピーを添付 ※ 『支給終了』の印字が無いものは無効	
年金	<input checked="" type="radio"/> 無 ・ 有 <種類> → 遺族 ・ 障害 ・ 老齢 ・ 企業年金 ・ その他(※「有」の場合→(金額 _____ 万円/年間) ※「改訂通知書」もしくは「振込通知書」コピーを添付 ※退職金を年金で受給している場合も記入 ※「無」の場合→(理由: _____)		
事業収入	<input checked="" type="radio"/> 無 ・ 有 (職種 _____ 金額 _____ 万円/年間)		
公的保障の有無の確認	<input checked="" type="radio"/> 無 ・ 有 (種類 → 傷病手当金 ・ 休業補償 ・ その他公的保障: ※「有」の場合 基本手当日額が3,612円(60歳以上は5,000円)以上は認定対象外 (傷病手当金金額 _____ 円/日・休業補償金額 _____ 円/日・その他公的保障金額 _____ 万円/年間)		
その他収入	<input checked="" type="radio"/> 無 ・ 有 種類 (不動産 ・ その他 _____) 金額 _____ 万円/年間		

全ての項目について○を記入してください

※上記の項目は全てご記入ください。該当無しの場合も「無」の項目へ○を付けてください。
 ※添付書類については「被扶養者の認定申請に必要な添付書類一覧」をご覧ください。(健保のホームページをご覧ください。事業所健保担当者にご確認ください。)

2. 家族構成 続柄は対象者との続柄。父母を申告する場合、同居・別居を問わず、あなた(被保険者)の兄弟姉妹全員についてご記入ください。配偶者の父母を申告する場合は、配偶者の兄弟姉妹全員をご記入ください。

氏名	続柄	年齢	配偶者の有無	職業	年収	同居・別居	家族手当	税法上の扶養家族
山葉 梅子	対象者本人	39歳	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無	無職	0 万円	<input checked="" type="radio"/> 同 ・ 別	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無	<input checked="" type="radio"/> 該当 ・ 非該当
		歳	有 ・ 無		万円	同 ・ 別	有 ・ 無	該当 ・ 非該当
		歳	有 ・ 無		万円	同 ・ 別	有 ・ 無	該当 ・ 非該当
		歳	有 ・ 無		万円	同 ・ 別	有 ・ 無	該当 ・ 非該当

・被扶養者として申告する方に配偶者がいない場合の理由

⇒ 未婚 ・ 離婚 ・ 死亡(死亡日 年 月 / 生前の職業

・被扶養者として申告する方に配偶者がいる場合はその配偶者についての状況確認書が必要 但し、その配偶者があなた(被保険者)の場合は不要

3. 被保険者の住居について(該当欄へ○を記入) 自家(名義人 山葉 太郎) 借家(社宅・公営住宅・民間)

4. あなた(被保険者)の給与収入以外の収入 無 ・ 有 (内容: _____ 年額: _____ 万円)

5. あなた(被保険者)が扶養する事となった理由

令和元年11月30日離職後、無職・無収入の為

6. 誓約欄

ヤマハ健康保険組合 殿

今回報告を致しました申告内容に相違ありません。また、今後被扶養者の要件に該当しなくなった場合は、速やかに除外手続きを行います。万が一、申告内容に虚偽があったり手続きを怠った場合は、認定日に遡って資格を取り消され、当該期間中に受けた保険給付等を全額返還するとともに健康保険法第217条に基づき10万円以下の過料に処されるとも異議ありません。

令和 元年 12月 2日 被保険者名(自署) 山葉 太郎 印