

# 被扶養者状況確認書

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

事業所名	保険証 記号	保険証 番号	被保険者名	年 収	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、正確な続柄を記入ください。

対象者の氏名	(フリガナ)	被保険者 との続柄	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	年齢	歳
対象者の 連絡先	TEL	直近又は現在加入 している医療保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険(保険証コピー添付) <input type="checkbox"/> 健保・共済組合の被保険者(喪失証明書添付) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 保険未加入				
現在/直近(最終) の職業・勤務先	職業	会社名	所在地				
直近の退職日	退職(廃業)日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	勤務年数	年 ヶ月	退職事由	

収入 の 状 況 に つ いて	給与収入	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 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					
		<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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					
		<input type="checkbox"/> 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)					
		<input type="checkbox"/> 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					
		<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 <種類> → <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 企業年金 <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (職種 金額 万円/年間)							
公的保障の 有無の確認	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (種類 → <input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> 休業補償 <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 種類 ( <input type="checkbox"/> 不動産 <input type="checkbox"/> その他 ) 金額 万円/年間							

※上記の項目は全て記入ください。該当なしの場合も「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(健保ホームページをご覧ください。事業所健保担当者に確認ください)。

## 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について記入ください。

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
	対象者本人	歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		万円	<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
		歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		万円	<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
		歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		万円	<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
		歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		万円	<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 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. あなた(被保険者)が扶養する事となった理由

## 4. 誓約欄

ヤマハ健康保険組合 理事長殿

このたびの被扶養者申請の記載内容は事実と相違ありません。扶養認定後、健保組合からの健診・保健指導等や健康づくりの参加案内や、受診勧奨等があった場合は、積極的に参加させることを約束します。また私の被扶養者でなくなった場合は、速やかに資格喪失の手続きをいたします。万が一私が必要な手続きを行わず、健保組合が被扶養者の資格を有しない事実を確認した場合には、健保組合が保険者の権限で被扶養者の資格を喪失させても異存はありません。また私が被扶養者異動届の提出を怠り、被扶養者資格を喪失しているにも関わらず保険給付等を受けた場合は、私が責任を持って弁済することを約束し、ここに申請いたします。

令和 年 月 日 被保険者名(※自署の場合、押印不要) ㊟