

任意継続用 被扶養者 状況 確認書

※ 添付書類については「任意継続用被扶養者の認定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) (健保組合にご確認ください。)

|          |           |    |           |  |       |        |        |            |
|----------|-----------|----|-----------|--|-------|--------|--------|------------|
| 任意継続被保険者 | 保険証<br>記号 | 98 | 保険証<br>番号 |  | 被保険者名 | 山葉 健太郎 | 年<br>収 | (健保記入欄) 千円 |
|----------|-----------|----|-----------|--|-------|--------|--------|------------|

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 ヤスコ<br>山葉 保子   | 被保険者<br>との続柄  | 妻   | 生年月日 | 昭和・平成 | 31年6月5日                                | 年齢 | 62歳 |
| 対象者の<br>連絡先                           | TEL<br>090-1234-△×□□  | 直近又は現在加入<br>している医療保険  | 1. 任継移行者は、旧保険証を返却 2. 国民健康保険(保険証コピー添付)<br>3. 健保・共済組合の被保険者(喪失証明書添付)<br>4. 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) 5. 保険未加入 |      |       |  |    |     |
| 現在又は直近(最終)<br>の職業・勤務先                 | 職業<br>パート勤務   | 会社<br>名   | 〇△〇△商店  |      | 所在地   | 浜松市中区住吉10丁目5-8<br>TEL 053 - 432 - △〇□□ |    |     |
| 直近の退職日<br>(過去5年以内について記入)              | 退職(廃業)年月日   | 昭和・平成   | 年   | 月    | 日     | 勤務年数                                   | 年  | ヵ月  |
| 収入<br>の<br>状<br>況<br>に<br>つ<br>い<br>て | 雇用保険失業<br>給付について<br>(過去4年の該<br>当項目に○を<br>記入)  | 未加入だった  | 健保所定「退職証明書」、または雇用保険未加入及び退職の事実がわかるもの(退職時源泉徴収票等)を添付   |      |       |  |    |     |
|                                       | 受給しない<br>(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」及び、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  |   |      |       |  |    |     |
|                                       | 受給予定  | 健保所定の「雇用保険失業給付に関する誓約書」及び、離職票1、2(又は受給資格者証)のコピーを添付  |   |      |       |  |    |     |
|                                       | 受給延長<br>(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<br>(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』の印字がないものは無効   |   |      |       |  |    |     |
|                                       | 年金  | 無・有 (種類 → 遺族・障害・老齢・企業年金・その他( ))<br>*「有」の場合→(金額 38 万円/年間)※「改訂通知書」または「振込通知書」コピーを添付 ※退職金を年金にて受給している場合も記入<br>*「無」の場合→(理由: ) |   |      |       |  |    |     |
| 恩給                                    | 無・有 (金額 万円/年間) ※「改訂通知書」または「振込通知書」コピーを添付   |   |   |      |       |  |    |     |
| 公的保障の<br>有無の確認                        | 無・有 (種類 → 傷病手当金・休業補償・その他公的保障: )<br>*「有」の場合→(傷病手当金金額 万円/日・休業補償金額 円/日<br>その他公的保障(種類 金額 万円/年間) ) |   |   |      |       |  |    |     |
| 援助金                                   | 無・有 (誰から 金額 円/年間)   |   |   |      |       |  |    |     |
| 事業収入                                  | 無・有 (職種 金額 円/年間)  |   |   |      |       |  |    |     |
| 預貯金金利                                 | 無・有 (有の場合の合計金額 円)   |   |   |      |       |  |    |     |
| その他収入                                 | 無・有 種類 (給与・農業・地代家賃・その他 ) 金額 90万 円/年間  |   |   |      |       |  |    |     |

※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。

※被保険者の年収は標準報酬月額×12ヶ月で判断します。

2. 家族構成 被保険者の他の同居家族を全員記入してください。被保険者の他に就労しているご家族がある場合は、その方に扶養の付替えができないかご検討ください。その方が扶養できない場合は、理由を異動届に記入して収入確認ができるものを添付してください。

| 氏名    | 続柄        | 年齢  | 配偶者の有無 | 職業    | 年収    | 同居・別居 | 申請事由      | 健康保険加入状況 |
|-------|-----------|-----|--------|-------|-------|-------|-----------|----------|
| 山葉 保子 | 対象者<br>本人 | 62歳 | 有・無    | パート勤務 | 128万円 | 同・別   | 任継移行申請・新規 | 社保・国保    |
| 山葉 健介 | 三男        | 24歳 | 有・無    | 会社員   | 200万円 | 同・別   | 任継移行申請・新規 | 社保・国保    |
|       |           | 歳   | 有・無    |       | 円     | 同・別   | 任継移行申請・新規 | 社保・国保    |
|       |           | 歳   | 有・無    |       | 円     | 同・別   | 任継移行申請・新規 | 社保・国保    |

・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)

|                                  |          |                       |                  |
|----------------------------------|----------|-----------------------|------------------|
| <input checked="" type="radio"/> | 自家(名義人 ) | <input type="radio"/> | 借家( 社宅・公営住宅・民間 ) |
|----------------------------------|----------|-----------------------|------------------|

4. あなた(被保険者)が扶養する事となった理由

任意継続移行

5. 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ても異議ありません。

平成 30年 7月 31日 被保険者名(自署) 山葉 健太郎 (印)