

 嚴 秘 情 報
 複 製 禁 止

受 付	登 録

決 裁	令 和	年	月	日
常務理事	事務長	関係者	担 当	

事業主担当印 および受付日	

※当組合では、被保険者および被扶養者に対する健康保険法による保険給付の支給または給付および徴収業務で利用します。

扶養し始めた日(事実発生日)から
14日以内に提出してください。
14日以内の受付→事実発生日の認定
14日を超える受付→受付日の認定

住民票記載のとおり正確に記入してください。

令和〇〇年 12 月 10 日 届出

申請時点から1年間の見込みの収入
(未来収入)を記入してください。

被保険者	被保険者等 記号	1	被保険者等 番号	12345	会社名・ 所属	〇〇(株)△△支店 ××部 ××グループ		現住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 名古屋市中〇〇区△△町××1丁目2 号		申請時点から1年間の見込みの収入 (未来収入)を記入してください。			
	氏名	健保 太郎			連絡先	(☎ 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)		日本国内に被扶養者の住民票がない場 合は裏面の該当する①～⑤の番号を記載			収入 年額(見込額)			
被 保 険 者 記 入 欄	フリガナ	ケンボ ハナコ			続柄	妻		性別	職業(出生は除く)		居住	別居理由	収入	年額(見込額)
	氏名	健保 花子			昭和 平成 令和	妻		男 女	☐ 無職 ☐ 学生 ☒ パート、アルバイト ☐ 自営業 ☐ その他()		☒ 同居 ☐ 別居	☐ 単身赴任 ☐ 就学 ☐ 施設入所 ☐ その他	給与 年金 事業 その他	960,000 円 円 円 円
	扶養し始めた日	令和 〇〇 年 12 月 1 日			資格確認書発行要否 * 以下に該当する場合に限り発行		公費負担医療の有無(市町村などによる医療費助成)							
	【理由】	ア 出生<出生の日>			・マイナンバーカードを取得していない、マイナンバーカードを返納した		有		子ども(乳幼児)医療		【認定市町村名】			
	イ 婚姻<婚姻した日>	婚姻前6ヵ月以内に退職している方は 下段の【雇用保険】も記入してください			・マイナ保険証の未登録、利用登録解除をした		無		障がい者医療					
	ウ 退職<退職日の翌日>	下段の【雇用保険】も記入してください			・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れ		発行が必用		有の場合は市町村認定特定疾患					
	エ 雇用保険受給終了<雇用保険給付最終日の翌日>													
	オ 任継喪失<任意継続資格喪失日>													
	カ 収入減<状況により異なるため記入しないでください>													
	キ 被保険者資格取得<被保険者の資格取得日(月・日)>													
ク 同居														
ケ その他														
【雇用保険】														
右のA～Dの いずれかを 記入	A 受給申請予定 B 受給期間の延長申請予定 C 受給申請しない D 受給資格がない			雇用保険の受給に関する申立書					被保険者 氏名					
申請する家族の雇用[失業]保険に関する記載事項に相違ありません。 なお、受給開始に伴う手続きを行わなかった場合、扶養認定取消しに応じると ともに、その間の医療費、その他給付金等については全額返還いたします。										健保 太郎				
◎雇用保険受給中は扶養家族になれません。ただし、雇用保険の日額が3,612円未満(60歳以上の方は5,000円未満)の場合はこの限りではありません。														

配偶者の申請の場合は記入不要です。

市町村や都道府県による医療費の助成制度を受けている場合は「有」に☑、右の項目に☑、認定市町村名を記入してください。

健 保 処 理 欄	続柄		居住	住民票	☐	収入	()		標準報酬月額	第3号	年金コード	高齢受給者証
			同・別	戸籍等	☐	有・無	()		千円×16= 千円②			
	仕 送 り	必要額		円／月		審 査	基準額1	配偶者を扶養に入れる場合は、同時に 「国民年金第3号被保険者関係該当届」の提出が必要となります。				
		実施額		円／月			基準額2					
				円／年③			仕送確認 ☐ ①					
						円 < ③	円	処理年月日		否認定 理 由		
別居世帯の必要生活費を記入する。有配偶者の場合の仕送り必要額()円/年 確認後「適」である場合は ☐ に ☒ する。仕送確認は別居の家族(配偶者・学生の子を除く)の審査時のみ実施												