

健康保険被扶養者現況届及び確約書・同意書

1. 申請者について

申請者氏名		被保険者との続柄			
生年月日	昭・平 年 月 日	年齢	才	被保険者と	同居・別居
職業	無職・有職 (勤務先名)	配偶者	有・無 (未婚・離別・死別)		
退職日	平成 令和 年 月 日付	退職理由	出産(予定日: H・R 年 月 日、単胎・多胎) 病気・定年退職・その他 ()		
廃業日	平成 令和 年 月 日付	廃業理由			
退職(廃業)した会社名		勤務年数	年	営業年数	年
以前加入していた健康保険の種類		国保・健康保険組合・協会健保・共済・その他 ()			

2. 申請者の収入について

現在の状況	収入の有無	年間収入
①会社・商店などで働いている 1. 正規 2. パート 3. アルバイト 4. その他 ()	給料 有・無 賞与 有・無	円 円
②自営業などを営んでいる 1. 自営 2. 農業 3. 塾 4. 化粧品販売 5. その他 ()	有・無	収入額 円
※60歳以上の方は必ず記入してください。 ③年金・恩給を受給している 1. 老齢年金 2. 遺族年金 3. 障害者年金 4. 企業年金 5. 共済年金 6. その他 ()	有・無	円
④保険給付を受給している 1. 雇用保険 2. 労災 3. 傷病手当金 4. 出産手当金	有・無	円
⑤その他収入がある 1. 不動産所得 2. 利子所得 3. 配当所得 4. その他 ()	有・無	円

3. 申請者が別居の場合について (単身赴任による別居の場合は記入不要)

①申請者への生計援助(仕送り)について記入してください	
毎月の仕送り額	毎月 円 年間 円の仕送り
※申請者の住居が賃貸の場合は、毎月の家賃をご記入ください。 毎月 円	

②申請者と同居し、収入のある方について記入してください					
続柄	氏名	年齢	職業	勤務先	年間収入
					円
					円
上記の者が申請者を扶養できない理由					

4. 家族構成

氏名	続柄	年令	職業	同・別居	住所
被保険者	本人				

家族の総数	名	被扶養者	名	今回申請の被扶養者数	名
5. 1ヶ月にかかる生活費		月額	円	被保険者の前年度の収入	年額
6. 生活費の負担割合	被保険者本人	月額	円	左記以外の者	月額
	上記以外の者	月額	円	左記以外の者	月額

7. 当該親族を扶養するに至るまでの事由を詳細に記入してください

確 約 書

愛知県信用金庫健康保険組合 理事長 様

この被扶養者異動届に記入いたしましたとおり、収入および生計維持関係等に間違いありません。上記申告に相違があった場合、被扶養者認定時に遡って被扶養者資格を削除していただくとともに医療費、保険給付費等、全額返済いたします。

なお、認定後生計維持関係および就職・パート等で収入の変動があり、被扶養者の対象でなくなった場合は、被扶養者異動削除届を提出いたします。

令和 年 月 日

被保険者氏名

㊞

同 意 書

愛知県信用金庫健康保険組合 理事長 様

今回の被扶養者認定の必要書類として、雇用保険被保険者 離職票を貴組合に提出することに同意いたします。

令和 年 月 日

被扶養者氏名

㊞