

被扶養者認定申告書

(被保険者⇒会社の健保事務担当者)

提出日: 令和 年 月 日

扶養認定にあたり認定対象者の状況について下記の通り申告致します。

| | | | | |
|------|--------------|---|------------|-------|
| 被保険者 | 保険証 記号・番号 | | 被保険者 氏名 | Ⓜ |
| | 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | 年齢: | 歳 男・女 |
| | 日中の 連絡先 | 本紙提出後、記載の内容に関して健保から被保険者様に確認をさせて頂くことがあります。都合のよい方をご記入願います。 (職場) — (携帯) — | | |

| | | |
|-------|--------------|---|
| 認定対象者 | 氏名 | |
| | 生年月日 | 昭和・平成・令和 年 月 日 年齢: 歳 男・女 |
| | 続柄 (該当に○) | 配偶者・子・孫・兄弟姉妹・直系尊属(父・母・祖父・祖母)・他() 上記以外の三親等内の親族() 例: 配偶者の母など |
| | 申請事由 | a. 被保険者が入社した為 b. 被保険者と婚姻した為 c. 被保険者が離婚した為 g. その他() d. 認定対象者が離職(退職)した為 e. 認定対象者が減収になった為 f. 認定対象者の雇用保険の受給が終了した為() |

認定対象者について、状況については次の通りです。

【収入に関する状況について】

「いいえ」か「はい」のいずれかに○をして下さい。「はい」と答えたらこの件の以下の質問は回答不要です。

- 『中学生以下※です』 ※15歳に達した日から最初の3月31日を経過していない方
いいえ ・ はい
↓
- 『高校※在学中です』 ※ここでいう高校とは学校教育法第1条の高校の全日制のみになります。
いいえ ・ はい → 3ヶ月以内発行の「在学証明書」又は直近の「(非)課税証明書」をご提出下さい。
↓
- 『現在も含め、1年以上、無収入です』
いいえ ・ はい → 直近の「(非)課税証明書」などをご提出下さい。
↓
内容について該当する記号に○をして下さい。
a. 就職の経験がないです。又は、最後に離職したのは3年以上前です。
b. 最後の離職をしてから3年未満です。 → 最後の離職は 平成 年 月頃
- 『過去1年以内に就職している時期はありましたが、現在は離職して無収入(一時的な失業の状態含む)です』
いいえ ・ はい → 「雇用保険の状況申告書」【様式②】などをご提出下さい。
※59歳以下: 日額3,612円以上、60歳以上又は障がい者: 日額5,000円以上の場合は被扶養者になれません。
↓
- 『現在、就職していて(アルバイト含む)収入があります。又は、就職が決まっており、近々に収入を得る予定です』
いいえ ・ はい → 「給与内訳申告書」【様式④】などをご提出下さい。
↓
内容について該当する記号に○をして下さい。
a. 現在の収入(基準)になったのは、3年以上前です。
b. 現在の収入(基準)になってから、3年未満です。 → 平成 年 月頃から
※59歳以下: 月額108,334円以上、60歳以上又は障がい者: 月額150,000円以上の場合は被扶養者になれません。
↓
- 『現在、自営または不動産収入など就職以外で収入を得ています』
いいえ ・ はい → 「直近の確定申告書(写)」及び「収支内訳書(写)」などをご提出下さい。
↓
- 現在の状況を記載して下さい ()

認定対象者について、状況については次の通りです。

【年金受給に関する状況について】

「いいえ」か「はい」のいずれかに○をして下さい。「はい」と答えたらこの件の以下の質問は回答不要です。

- 『年金(老齢・障害・遺族など)を受給しています』
いいえ ・ はい → 直近の「年金改定通知書」(写)又「年金額のわかる証書」(写)をご提出下さい。
↓
- 『年金(老齢・障害・遺族など)の受給の手続きをする予定です(3ヶ月以内程度以内には)』
いいえ ・ はい → 「書類の遅延誓約書」をご提出下さい。
↓
- 『60歳未満です』
いいえ ・ はい
↓
- 『年金受給の請求をしていません』
いいえ ・ はい → 該当する理由に○をして下さい
a. まだ受給資格がない
b. 繰り下げ支給を希望しているから
↓
- 状況を記載して下さい。()

【傷病手当金・出産手当金に関する状況について】

「いいえ」か「はい」のいずれかに○をして下さい。「いいえ」と答えたらこの件の質問は終了です。

- 『これまで加入していた健保から、「傷病手当金」「出産手当金」を現在受給中です』
いいえ ・ はい → 「(傷病手当金又は出産手当金の)支給決定通知書(写)」をご提出下さい。
※59歳以下: 日額3,612円以上、60歳以上又は障がい者: 日額5,000円以上の場合は被扶養者になれません。

以下は、今後得る予定の収入の内容についてお答え下さい。

「いいえ」か「はい」のいずれかに○をして下さい。「はい」と答えたらこの件の以下の質問は回答不要です。

- 『今後、1年の間に得る収入(勤労・年金・不労所得などで継続的に得るもの)は一切ない予定です』
いいえ ・ はい
↓
- 内容を記載して下さい。(金額が0円の項目は"0"、金額が不明の場合は"不明"と記入してください)

| 収入の内容 | 月額 | 年額 | 今後1年の途中から収入を得る時は |
|---------------------|----|----|------------------|
| 勤労収入 | 円 | 円 | R 年 月頃からの予定 |
| 年金収入 | 円 | 円 | R 年 月頃からの予定 |
| その他の収入(不動産収入・養育費など) | 円 | 円 | R 年 月頃からの予定 |
| 合計 | 円 | 円 | |

| | |
|----|--|
| 誓約 | 京成電鉄健康保険組合 理事長殿 |
| | 本申請書の記載事項に虚偽があったり、後日、健保より指示のあった書類を正当な理由なく提出しない場合、また、健康保険法の「被扶養者」に該当する事実がない事が判明した場合は、健保の指示に従いすみやかに扶養削除の申請をします。また、過去に遡及して扶養削除したことにより、「被扶養者」に該当しない期間に健康保険組合が給付した金額がある場合は、請求がありしだいすみやかに返還に応じることを誓約します。 |
| | 被保険者氏名(自署) |