

健康保険 被扶養者状況報告書

Example of spouse

扶養申請する家族一人につき一枚ご提出下さい。

下記の通り報告致します。

同意の✓をお願い致します

Health Insurance Card Symbol and Number

Employee number

Insurance card details: 保険証記号 3003, 保険証番号 12345, 社員番号 1234567890, あなたの名前 (従業員名) 健保 太郎, 東松山市箭弓町〇-〇〇, 扶養に追加したい人の名前 健保 花子, 続柄・年齢 妻 40歳

Reason for application: あなたが上記の者(扶養に追加したい人)を扶養申請する理由. Options include: 入社, 結婚, 出生, 上記の者の離職, 雇用保険受給終了, 自営業の廃業, 収入減少, その他

Spouse information: 上記の者が子の場合 あなたの配偶者について教えてください. Includes a large red box: Not required to be filled out

* 申請理由が「出生」の場合は、これより下は回答不要です。それ以外の方はすべて回答をお願い致します。

Family status: 上記の者が子の場合, 上記の者の配偶者はいますか?, 上記の者が子・配偶者以外の場合は下記についてお答え下さい。 Includes a large red box: Not required to be filled out

Insurance status: 上記の者の保険加入状況. Options: 健康保険等に加入していた, 被保険者だった, 国民健康保険に加入中, 健康保険に加入していなかった

Income status: 上記の者の現在の収入状況. Includes a table for income types (a-h) with '無' or '有' options and a red box: Check all applicable items

備考欄

事業所の証明. 税法上の被扶養者であるか否か, 次世代手当等の有無, 事業所確認