

扶養申請する家族一人につき一枚ご提出下さい。

## 健康保険 被扶養者状況報告書

下記の通り報告致します。相違が判明した場合は、遡って扶養削除となっても異議はありません。

↑ 同意の  をお願い致します。

保険証記号	保険証番号		社員番号	
あなたの名前 (従業員名)		住所		
扶養に追加したい人の名前		続柄・年齢	続柄：	年齢： 歳

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	<input type="checkbox"/> あなたの入社 <input type="checkbox"/> あなたの結婚 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 上記の者の離職 <input type="checkbox"/> 上記の者の雇用保険受給終了 <input type="checkbox"/> 自営業の廃業 <input type="checkbox"/> 収入減少 <input type="checkbox"/> その他 ( )
上記の者が <b>子の場合</b> あなたの配偶者について教えて下さい。	<input type="checkbox"/> 配偶者を扶養している <input type="checkbox"/> 配偶者を扶養していない (下記についてご記入ください。) ・ 配偶者の加入している健康保険 <input type="checkbox"/> 健康保険・共済組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 ・ 配偶者の収入見込金額 (申請月から今後一年間) 年間 万円 ・ あなたの収入見込金額 (申請月から今後一年間) 年間 万円 <input type="checkbox"/> 配偶者はいない

\* 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。

上記の者が <b>子の場合</b>	<input type="checkbox"/> いない
上記の者の配偶者はいますか?	<input type="checkbox"/> いる (申請月から今後一年間の収入見込み 万円) 上記の者と <input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居
上記の者が <b>子・配偶者以外</b> の場合は下記についてお答え下さい。	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (年間収入は申請月から今後一年間の収入見込みをご記入下さい。)
上記の者の配偶者や、あなたの兄弟姉妹・配偶者はいますか?	続柄： 年間収入： 万円 上記の者と <input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居 続柄： 年間収入： 万円 上記の者と <input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居
上記の者の保険加入状況	<input type="checkbox"/> 健康保険等に加入していた → <input type="checkbox"/> 被保険者だった・ <input type="checkbox"/> 被扶養者だった <input type="checkbox"/> 国民健康保険に加入中 <input type="checkbox"/> 健康保険に加入していなかった
上記の者の現在の収入状況 年間収入は、申請月から今後一年間の見込みをご記入下さい。 収入がない場合は必ず <input type="checkbox"/> 無に <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。	a 給与収入(パート・アルバイト等) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年間 万円 b 公的年金収入(障がい・遺族・企業年金等も含む) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年間 万円 c 個人年金収入 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年間 万円 d 事業収入(不動産、農業等含む) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年間 万円 e 利子・配当収入 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年間 万円 f 傷病手当金の受給 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 受給中(基本手当日額 円) ・ <input type="checkbox"/> 申請中 g 雇用保険の受給資格 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 受給中(基本手当日額 円) <small>雇用保険受給資格者証のコピーを添付して下さい</small> <input type="checkbox"/> 受給予定がある <small>離職票-1、-2のコピーを添付して下さい</small> <input type="checkbox"/> 受給しない <small>離職票-1、-2の原本を添付して下さい</small> h 上記以外の収入 ( ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年間 万円

備考欄

### 事業所の証明

税法上の被扶養者であるか否か

1 ある 2 ない

次世代手当等の有無

1 ある ( 年 月から支給) 2 ない

**事業所確認** ← 確認の  をお願い致します。

ご記入頂いた個人情報は、当組合が健康保険法及び関係通達等に則り正しく又公平に事業運営を行うために収集するものです。これ以外の目的で個人情報を利用又は第三者提供を行う事はありません。また記入内容についてお尋ねしたり、必要に応じて別途証憑書類を提出して頂くことがあります。この個人情報のお取り扱いについてのお問合せや開示請求等は、ボッシュ健康保険組合 総務課 (電話0493-22-0890) までご連絡下さい。※個人情報の取り扱いについてはホームページ【個人情報保護方針】もご覧ください。