

扶養申請する家族一人つき
一枚ご提出下さい。

健康保険 被扶養者状況報告書

Dependent application
when a child is born

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	3003	12345	社員番号	1234567890
あなたの名前 (従業員名)	健保 太郎			住所	東松山市箭弓町〇-〇〇
扶養に追加したい人の名前	健保 一郎			続柄・年齢	続柄： 長男 年齢： 0 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 checked="" 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 子の場合 あなたの配偶者について 教えてください。	<input type="checkbox"/> 配偶者を扶養している <input checked="" 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 checked="" 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 <u>450</u> 万円 ・ あなたの収入見込金額 (申請月から今後一年間) 年間 <u>550</u> 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 子の場合	<input type="checkbox"/> いなし
上記の者の配偶者はいますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
上記の者の保険加入状況	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ない
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。	Not required to be filled out

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
<input type="checkbox"/> 事業所確認 ← 確認の <input checked="" type="checkbox"/> をお願い致します。