

被扶養者の申請をするご家族について、1人1枚ずつ記入・提出が必要です。  
すべての項目を記入してください。未記入箇所がある場合は審査不可のため差し戻します。  
この届のみでは申請できません。住民票(必須)と事由に応じた書類を必ず添付してください。  
対象ご家族のマイナンバーを、会社・法人のマイナンバーWEBシステムに登録してください。

提出前に確認して☑(必須)  
☑ 続柄記載の世帯全員の住民票を添付  
☑ 続柄・事由に応じた必要書類を添付  
☑ マイナンバー登録をした/する

|      |               |                                        |                    |                                                     |
|------|---------------|----------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------|
| 被保険者 | 被保険者<br>記号・番号 | ○ . ○○○○                               | GUI                | ○○○○○                                               |
|      | 被保険者<br>氏名    | フリガナ ケンポ タロウ<br>健保 太郎                  | 生<br>年<br>月<br>日   | 5. 昭和<br>7. 平成<br>9. 令和<br>○ ○ ○ ○ ○ ○<br>性別 男<br>女 |
|      | 被保険者<br>住所    | 〒 000-0000<br>○○県○○市1-2-3 ○○マンション101号室 | 電話                 | 012 ( 345 ) 6789                                    |
|      | 資格取得<br>年月日   | 7. 平成<br>9. 令和<br>○ ○ ○ ○ ○ ○          | (事業主記入欄)<br>標準報酬月額 | 千円<br>※標準報酬月額の記入は不要です                               |

|      |                |                                                                                  |                     |               |                  |                                        |           |                                                                                                                  |  |
|------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|------------------|----------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 被扶養者 | 異動の別           | 追加                                                                               | 氏名<br>(氏) ケンポ<br>健保 | (名) ハナコ<br>花子 | 生<br>年<br>月<br>日 | 5. 昭和<br>7. 平成<br>9. 令和<br>○ ○ ○ ○ ○ ○ | 性別 男<br>女 | 続柄<br>[例] 長男・長女<br>妻                                                                                             |  |
|      | 職業             | 無職                                                                               | 年<br>収              | 600,000<br>円  | 被扶養者にな<br>った日    | 9. 令和<br>○ ○ ○ ○ ○ ○                   | 海外居住者は理由  | 備考                                                                                                               |  |
|      | 医療機関等<br>の受診方法 | 下記のいずれかに必ず☑を記入してください<br>☑ マイナ保険証を利用<br>☐ マイナ保険証の利用が出来ない(※)ため資格確認書(ハガキ大の紙証書)発行を希望 |                     |               |                  |                                        |           | ※資格確認書の発行は下記に該当する方に限られます<br>・マイナンバーカード未取得、更新中、または返納済<br>・マイナンバーカードの健康保険証利用登録を行っていない<br>・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れた |  |
|      |                |                                                                                  |                     |               |                  |                                        |           |                                                                                                                  |  |

[1]被扶養者として申請することになった理由を教えてください

(対象者の状況、扶養されるまでの経緯、他の扶養義務者が扶養できず被保険者が扶養せざるを得なくなった経緯等を詳しく)  
妻が妊娠のため会社を退職したことに伴い、主として生計を維持することとなった。  
今後、出産後もしばらくは失業給付の受給を延長し就労予定がないので、被扶養者として申請をしたい。

[2]今回、扶養申請する方について記入してください (該当事項のいずれかに○をし、記入もれのないようにしてください)

|                      |    |                                             |                  |
|----------------------|----|---------------------------------------------|------------------|
| 1. 現在、加入している<br>健康保険 | なし | 出生 / 最終加入健保組合名 ( ○△健康保険組合 )                 | ○ 年 ○ 月 ○ 日 資格喪失 |
|                      | あり | 任意継続・国民健康保険・勤務先の健康保険・共済組合・他の家族の被扶養者・その他 ( ) |                  |
| 2. 被保険者との同別居         | 同居 | ※住民票の世帯分離をしている場合は「別居」として扱います。               |                  |
|                      | 別居 | 別居理由 ( )                                    | 1ヶ月の送金額(月額 円)    |

[3]就労・収入について、18歳以上(高校卒業以降)の方は必ず記入してください (該当事項のいずれかに○をし、記入もれのないようにしてください)

|                                                       |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 現在の就労状況                                            | 就労中                             | パート/アルバイト・派遣・自営業/個人事業主 [事業内容: ] ・その他 ( )                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                       | 無職                              | 就労歴なし・就労歴あり 退職日: ○ 年 ○ 月 ○ 日 退職事由: 定年・結婚・出産・その他 ( )                                                                                                                                                                                                      |
|                                                       | 退職日が2年以内の方は失業等給付についても必ずご回答ください。 |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                       | 失業等給付について                       | 受給中 年 月 日から 月 日頃までの予定 (基本手当日額: 円)<br>申請する 受給資格者証写し提出予定日 【 年 月 日 】※申請日より2ヶ月以内に要提出<br>受給延長 理由 ( 出産・育児のため ) 延長通知書 提出予定日【 ○ 年 ○ 月 ○ 日】<br>受給終了 受給終了日: 年 月 日<br>受給しない 雇用保険未加入・受給権なし(加入期間不足)・学生のため・その他 ( )<br>公務員だった 失業者退職給付手当: 受給しない・受給する( 年 月 日から 月 日頃までの予定) |
| 2. 現在の収入                                              | なし                              | 給与 (月額 円) もしくは (年額 円)                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                       | あり                              | 年金 (名称: 年金) (年額 円)                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                       | 収入内訳                            | 傷病手当金 支給開始日: 年 月 日 (支給日額: 円)                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                       | その他                             | 配当・利子・不動産・雑収入・その他 ( ) / (年額 600,000 円)                                                                                                                                                                                                                   |
| 3. 添付する書類と住民票の苗字が違う方はその理由 (旧姓 依和易 )で勤務している/いた・その他 ( ) |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                          |

|        |        |                                                                      |
|--------|--------|----------------------------------------------------------------------|
| 事業主記入欄 | 事業所所在地 | ※事業主証明欄<br>空欄のまま 事業所委託先の社労士法人へ<br>提出してください。<br>(委託先で押印後、健保組合に回送されます) |
|        | 事業所名称  |                                                                      |
|        | 事業主氏名  |                                                                      |
|        | 電話     |                                                                      |

受付日付印

この処分不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に文書又は口頭で社会保険審査官(地方厚生(支)局内)に対して審査請求をすることができます。また、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求又は処分の取消しの訴えを提起することができます。再審査請求は審査官の決定書の添付が送付された日の翌日から起算して2か月以内に文書又は口頭で社会保険審査会(厚生労働省)内に対して行うことができ、処分の取消しの訴えは、審査請求の決定があったことを知った日から6か月以内(再審査請求があったときは、その裁決があったことを知った日から6か月以内)に、健康保険組合を被告として提起することができます。(ただし、原則として、決定又は裁決の日から1年を経過したときは、提起することができなくなります。)  
なお、審査請求があった日から2か月を経過しても決定がないときや、処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、審査請求の決定を経なくても再審査請求又は処分の取消しの訴えを提起することができます。

|       |      |     |    |
|-------|------|-----|----|
| 健保使用欄 | 常務理事 | 事務長 | 担当 |
|       |      |     |    |