

健康保険被扶養者認定申請書 ②（配偶者・子以外の親族申請用）

被保険者等 記 号	8001	被保険者等 番 号		被保険者 氏 名	
対象者 氏 名		被保険者 との続柄		生年月日	年 月 日（ 歳）

※続柄は「父」、「義母」、「弟」など正確な続柄を記入してください。

〔1〕被扶養者として申請することになった理由、原因について、該当する事項に○を付け詳細を記入してください。

理 由	該 当	詳 細
1.被保険者の資格取得	<input type="checkbox"/>	資格取得日： 年 月 日
2.婚姻（内縁）	<input type="checkbox"/>	内縁関係が生じた日： 年 月 日 (同居した日)
3.離職又は廃業	<input type="checkbox"/>	離職・廃業日： 年 月 日
4.収入の減少 (3.以外)	<input type="checkbox"/>	収入が減ることになった理由： <input type="checkbox"/> 失業給付受給終了 年 月 日 <input type="checkbox"/> 雇用条件の変更 年 月 日 <input type="checkbox"/> その他 ()
5.扶養変更	<input type="checkbox"/>	扶養変更の理由： <input type="checkbox"/> 以前扶養していた者の死亡・離婚 年 月 日 <input type="checkbox"/> その他 ()
6.その他	<input type="checkbox"/>	あなたが扶養しなければならない理由を詳細にご記入ください ※内容に応じて追加書類をご提出いただくことがあります

〔2〕. 申請する家族の収入について、金額を算出し、下記Aに記載のうえ、**該当する添付書類をご提出ください。**

給与収入のある方	直近3ヵ月分の給与総支給額 () 円 × 4 = () 円 <small>※通勤手当・残業手当・賞与等を含む税金等控除前の額で算出してください</small>
雇用契約変更の場合	満額1ヵ月分の給与総支給額 () 円 × 12 = () 円
年金収入のある方	直近の改定通知書の年額または、年金振込通知書の額 × 6 = () 円 <small>※介護保険料等控除前の額で算出してください</small>
事業収入等のある方	必要経費を除いた所得額 = () 円 <small>※青色申告特別控除額がある場合は所得額に加算してください</small> <small>※従業員を雇用している場合は、被扶養者として認められません</small>
雇用保険給付金（失業給付等） 受給中の方	基本手当日額 () 円 × 360 = () 円
収入のない方	下記Aに0円と記入してください

A. 申請する家族の年間収入額 円

B. 被保険者の年間収入額（標準報酬月額×12） 円

※Cの金額がAの金額を下回る場合はBに直近1年間の賞与、被保険者の年金収入等を加算できます。年金振込通知書（写）等をご提出ください。

C. 被保険者の年間収入の2分の1（B÷2） 円

加入するための条件

①①Aの金額が130万円（配偶者を除く19歳以上23歳未満の場合は150万円、60歳以上または障害厚生年金の受給要件に該当する程度の障害者である場合は180万円）未満

②Aの金額よりもCの金額が上回っていること

〔3〕. 被保険者と申請する家族の同居・別居について、該当するカナに○をしてください。

ア 同居している	イ 別居している（裏面をご確認ください）
----------	----------------------

自己都合による別居の場合、①から④のすべてに当てはまっていることをご確認ください

- ①被保険者からの年間仕送り額が認定対象者の年間収入額を上回っていること
- ②仕送り額が被保険者の収入の2分の1未満であること
- ③継続的に主として生計可能な額の仕送り額があること
- ④被保険者からの年間仕送り額と、認定対象者の年間収入額の合計金額が年間120万円を上回っていること

[4]. 申請する家族の親族等について、該当する全てのカナに○をしてください。

ア	同居している配偶者がいる * [5][6]を必ずご記入ください
イ	別居している配偶者がいる * [5][6]を必ずご記入ください
ウ	配偶者はいない
エ	同居している配偶者以外の親族がいる * [5][6]を必ずご記入ください
オ	同居している親族はいない

[5]. [4]. ア・イ・エに該当する親族等の状況についてご記入ください。《記入上の注意3を参照してください》

氏名	被保険者との続柄	年齢	職業	収入	援助の有無
		歳		円	無・有 (月額 円)
		歳		円	無・有 (月額 円)
		歳		円	無・有 (月額 円)
		歳		円	無・有 (月額 円)
		歳		円	無・有 (月額 円)

[6]. [5]の親族等が、申請する家族を扶養できない理由をご記入ください。《記入上の注意3を参照してください》

上記のとおり、申請いたします。なお、変更が生じた場合は、ただちにお届けいたします。
また、届出の内容が事実と異なったことが判明した場合は、貴組合から受けた一切の給付を返還いたします。

年 月 日
東京西南私鉄連合健康保険組合 理事長 殿

被保険者氏名

㊞

《記入上の注意》

- この申請書に必要な事項を記入し、「健康保険被扶養者（異動）届」・「添付書類」を一緒に提出してください。
- 16歳未満または高校生である孫・配偶者の連れ子の場合は、こちらの認定申請書をご記入ください。
- 既に認定されているご家族および16歳未満、高校生の同居者については、[5][6]の記入は不要です。

本人の 押印 省略確認	右欄㉔が㉕ に該当 <input type="checkbox"/>	この届出は ㉔申請者本人(被保険者)が作成したものである ㉕記載内容について誤りがないか申請者本人(被保険者)が確認している