

所 属 長 印	担当者印

令和 年 月 日

不二サッシ健康保険組合 御中

## 健康保険被扶養者認定伺

この認定伺は、新たに被扶養者とし認定を受ける場合(新生児以外)に事前に必要事項を洩れなく記入して、該当する書類(別紙一覧表参照)を添付して事業所経由で提出して下さい。

健康保険組合で内容審査の上、認定の可否を決定通知します。  
認定の連絡を受けた方は、被扶養者異動申請書をご提出ください。

事業所名		所属	(In )
被保険者名	印	住所	
被保険者証記号・番号		生年月日	昭・平・令 年 月 日(才)

下記の通り健康保険組合の被扶養者として認定していただきたくお伺い致します。

### 1. 申請被扶養者氏名等

申請被扶養者氏名	続柄	生年月日	年齢	同居又は別居	申請時の健康保険加入の有無及種類
		昭和 平成 令和 年 月 日	才	同・別	有( )・無
		昭和 平成 令和 年 月 日	才	同・別	有( )・無
		昭和 平成 令和 年 月 日	才	同・別	有( )・無
		昭和 平成 令和 年 月 日	才	同・別	有( )・無
別居の場合の住所					
送金額		月額			円
送金方法		銀行振込・郵便為替・現金書留・その他( )			
(扶養に至った経緯を詳細に記入して下さい。)					
.....					
.....					
.....					
.....					

### 2. 申請被扶養者の申請直前の職業又は勤務先

勤務先会社名	
同 住 所	(In )
退職又は廃業年月日	平成 令和 年 月 日
退職又は廃業の理由	定年 ・ その他( )
出産による退職の場合は、出産予定日	平成 令和 年 月 日

### 3. 申請被扶養者の収入の有無 有り ・ 無し

種類	金額(月額)	種類	金額(月額)
勤労所得		自営業 ・ 農業	
雇用保険 (受給期限 年 月迄)		不動産収入	
年金 ・ 恩給		その他( )	
傷病手当金 ・ 出産手当金		収入合計 (月額)	円

### 4. 家族構成 (被保険者から見た同居・別居を含む兄弟・姉妹全家族)

氏 名	続柄	年齢	職業 ・ 勤務先	同居又は別居	扶養の有無	住所
	本人	才		/	/	
		才		同・別	有・無	
		才		同・別	有・無	
		才		同・別	有・無	
		才		同・別	有・無	
		才		同・別	有・無	
		才		同・別	有・無	

以下健康保険組合記入欄

(判定)	常務理事	事務長	係 員
認定 ・ 否認定 ・ 保留			
理由			

## 被扶養者とは

- 被扶養者として、認定されるものの範囲は、三親等内の親族で、被保険者と住居ならびに生計をともし、自己の収入が年額130万円未満であり、(60才以上の者又は、障害年金受給者は180万円未満)かつ、被保険者の年間収入の2分の1未満である場合で、**被保険者の負担によって、生計を維持されているものです。**
- 認定対象者が被保険者と同一世帯に属していない場合で、そのものの年収は前項と同一の基準であって、かつ、被保険者からの援助による収入額より少ない場合は、原則として被扶養者に該当する。

## 受給資格の取り消し

- 被扶養者の申請書に故意に事実と相違した記載をなして、認定を受けたことが判明した場合には、認定日まで遡って資格を取り消すこととなります。
- 前項に記載の事実があった場合には、当組合が支払った家族療養費を返還させることがあります。

被扶養者認定申請書の添付書類一覧表

備考	親族関係を証明するもの		生計維持関係を証明するもの				年金	備考				
	被保険者から見た続柄	世帯全員の記載・続柄表記のある住民票(被保険者と別居をしている場合は戸籍謄本も必要)	自営業の場合	無職の場合	就労している場合	今まで就職していた場合			別居中			
① 病気で就労能力を失っている者は、診断書・障害年金証書(写)が必要です。			確定申告書の控え及び収支内訳書の控(税務署の受付印があるもの)	非課税又は課税証明書又は在学証明書	直近の給与明細書の写し3ヶ月分	雇用保険被給付者証(1・2の写し及び誓約書)	雇用保険受給資格者証の写し及び誓約書	雇用保険受給資格者証の写し及び誓約書	退職証明書及び雇保に加入している、なかつた証明書の写し	送金証明書(現金手渡しは不可)	年金証書と改定通知書の写し	病気で就労能力を失っている者は、診断書・障害年金証書(写)が必要です。
② 傷病手当金・出産手当金を受給中の方は、給付金額が分かる書類を提出して下さい。(コピー可)	配偶者	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	傷病手当金・出産手当金を受給中の方は、給付金額が分かる書類を提出して下さい。(コピー可)
③ その他の収入がある場合には、その金額がわかるものの写しを提出して下さい。	子	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	その他の収入がある場合には、その金額がわかるものの写しを提出して下さい。
④ この表は基本的なものを一覧表にしたもので該当しない場合は健康保険組合へお問い合わせ下さい。	父母	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	この表は基本的なものを一覧表にしたもので該当しない場合は健康保険組合へお問い合わせ下さい。
	配偶者の父母	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	祖父母	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	兄弟姉妹	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	証明するところ	市区町村	税務署	市区町村	事業主	ハローワーク(職業安定所)	事業主	銀行又は郵便局	事業主	事業主	日本年金機構	
	備考	・生年月日・就労・同居を確認するため ・外国の方は在留カード又は特別永住者証明書の写し		申請被扶養者の収入等を確認するため				送金の事実確認のため		年金額を確認するため		