

京三製作所健康保険組合 扶養状況確認書

(申請者毎に被保険者がご記入ください。申請者とは、今回扶養申請される方のことです。)

被保険者 記号		被保険者 番号	
被保険者 氏名		被保険者生年月日	
被保険者 住所	〒		

被扶養申請者

氏 名		続柄 (被保険者からみた)	
職 業	有 (詳しく)・無	同居・別居	
申請者の住所	〒		

1. 今回、扶養しなければならない理由について詳しくご記入ください。

※退職による申請の場合、下記 6.にもご記入下さい。

2. 今回申請前に加入の健康保険の名称を記入してください。(出生の場合は記入不要です)

現在の加入状況 (該当に○)

加入中	喪失済 (年 月 日喪失)	その他 ()
-----	----------------	---------

上記加入時は、(被保険者・被扶養者)

被保険者の場合、任意継続被保険者でしたか? (はい・いいえ)

【注意】・二重加入はできません。

・前加入健保の喪失証明書を添付してください。

3. 申請者の年間収入額を以下該当欄にご記入ください。

給与収入 (パート・アルバイト・内職等)	円/年
各種年金収入 (名称:) (名称:)	円/年
個人年金	円/年
事業収入 (自営業、農林水産業、商業、講師等)	円/年
不動産収入 (賃貸: アパート・土地・家屋・駐車場等)	円/年
雇用保険 (失業給付金)	円/年
休業補償 (健康保険: 傷病手当金、出産手当金、付加給付等 労災保険) 等	円/年
その他	円/年
合計	円/年

4. 申請者があなた以外の方から経済的な支援を受けている場合の額をご記入ください。

円/月

5. 申請者の配偶者の有無（有・無）（被保険者の配偶者の場合記入不要です）

有の場合：その方の年収_____円/年

無の場合：未婚 離婚 死別（該当に○）

6. 雇用保険の状況（今回申請理由が退職による場合にご記入ください）

退職年月日：_____年____月____日

(1) 受給申請予定（未手続・手続中）

給付制限期間中ですか？（はい・いいえ）

「はい」の場合、給付制限期間は、（_____年____月____日）～（_____年____月____日）

【誓約】申請者が失業給付の受給開始時には必ず届出いたします。

被保険者氏名 _____ 印

(2) 受給資格なし（理由：_____）

(3) 受給終了（_____年____月____日）

(4) 受給中（基本手当日額：_____円）

(5) 受給延長（受給申請予定日_____年____月____日）

(6) 受給資格はあるが、申請しない（理由：_____）

【誓約】申請者が失業給付を申請しないことを誓約いたします。

なお、後日申請する場合は必ず健康保険組合に届出いたします。

被保険者氏名 _____ 印

7. 申請者がお子様で、被保険者の配偶者が他健保の被保険者である場合、配偶者の年収（賞与・交通費などを含む総支給額）をご記入ください。

（配偶者がいない場合は記入不要です）

	1月から現在までの収入	前年の収入額
配偶者の年収（氏名：_____）	_____円	_____円

※所得証明書を添付してください。

※状況に応じた添付書類の提出が必要です。事務担当者の方へお問い合わせください。

京三製作所健康保険組合理事長 殿

上記のとおり、被保険者は被扶養申請者の生計維持をしています。記載内容に虚偽があった場合は、被扶養者認定日に遡り被扶養者の認定取り消しとなっても異議はありません。また、認定基準を満たさなくなった場合、その事由発生日以降に健保が負担した医療費等は全額返還いたします。就職した場合や扶養認定基準に該当しなくなった場合には、速やかに被扶養者削除の手続をします。

_____年____月____日

被保険者氏名 _____ 印