

健康保険被扶養者状況報告書

複数の家族を同時に被扶養者申請する方は、各人についてご提出ください。

記入方法は別紙の「記入例」、添付書類は「被扶養者を申請するときの提出書類について」をご確認ください。

<被保険者について>

※ は該当される箇所には○をつけてください。

記号・番号	記号	番号	事業所名		
氏名			所属		
配偶者	<input checked="" type="radio"/> 有	① 今回の扶養申請対象者 ・ ② 被保険者の被扶養者 ・ ③ 他の健康保険の被保険者 である			
		②③の場合	被保険者と <input checked="" type="radio"/> 同居 ・ <input checked="" type="radio"/> 別居 である	別居の場合は その理由	
		③の場合	加入健康保険名：() ※国保は市町村名等、協会けんぽは支部名まで記入		
	<input checked="" type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 離婚 ・ <input checked="" type="radio"/> 死別 ・ <input checked="" type="radio"/> 未婚	離婚・未婚の場合⇒	【養育費等の支援】 <input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	【養育費】 円

<被扶養者申請する方について> ※加入希望日時点の状況を記入してください。

氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	年齢	歳
続柄	<input checked="" type="radio"/> 父 ・ <input checked="" type="radio"/> 母 ・ <input checked="" type="radio"/> 夫 ・ <input checked="" type="radio"/> 妻 ・ <input checked="" type="radio"/> 長男 ・ <input checked="" type="radio"/> 長女 ・ <input checked="" type="radio"/> 二男 ・ <input checked="" type="radio"/> 二女 ・ <input checked="" type="radio"/> その他 ()						
申請する方の 状況 (16歳以上の場合)	<input checked="" type="radio"/> 無職である ・ <input checked="" type="radio"/> 就学中(学校名：) ・ <input checked="" type="radio"/> 働いている						
	障害者である場合			障害年金受給 <input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無			
申請前に加入して いた(る)健康保険	健康保険名		国保の資格を喪失している または国保以外の健保に加入 していた(る)場合⇒		※退職に伴い喪失された(る)場合は、退職日の翌日が資格喪失(予定)日です。 資格喪失(予定)日(令和 年 月 日)		
	現在国保に加入している場合は、資格喪失(予定)日を記入していただく必要はありません。 当健保の加入日を国保に伝えて資格喪失手続きをしてください。						
	<input checked="" type="radio"/> 被保険者であった ・ <input checked="" type="radio"/> 被扶養者であった(被保険者名： 続柄) ・ <input checked="" type="radio"/> 任意継続						
被保険者と 同居の有無	<input checked="" type="radio"/> 同居 ・ <input checked="" type="radio"/> 別居 である		別居 の場合	仕送り額	月額 円		
			別居の理由	<input checked="" type="radio"/> 被保険者の単身赴任 ・ <input checked="" type="radio"/> 被扶養者の通学 ・ <input checked="" type="radio"/> その他 ()			
被保険者・配偶者 以外の同居者 (収入がある人)	氏名		続柄	年収	健康保険に加入している場合はその名称		
				円			
				円			
(義)父母のいずれか を申請する場合	その配偶者 について	<input checked="" type="radio"/> 離婚 ・ <input checked="" type="radio"/> 死別 ・ <input checked="" type="radio"/> 未婚		遺族年金受給	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無		

働いていた方・現在働いている方は記入してください。

働 い て い た 方	退職された 勤務先	職業	勤務先名
		退職理由	勤務先住所
		退職年月日 令和 年 月 日	勤続年数 年 か月
働 い て い る 方	雇用保険の 受給について	雇用保険に <input checked="" type="radio"/> 加入していた ・ <input checked="" type="radio"/> 加入していなかった	「加入していた」場合 失業等給付を <input checked="" type="radio"/> 受給する ・ <input checked="" type="radio"/> 受給しない ・ <input checked="" type="radio"/> 受給した
		失業等給付を「受給する」(予定)場合 <input checked="" type="radio"/> 申請(予定)日(年 月頃) ・ <input checked="" type="radio"/> 受給するが申請時期は未定である。 <input checked="" type="radio"/> 受給期間を延長したまたは延長予定※である。	
		延長の理由： <input checked="" type="radio"/> 出産 ・ <input checked="" type="radio"/> 育児 ・ <input checked="" type="radio"/> 傷病 ・ <input checked="" type="radio"/> 配偶者の海外赴任に帯同 ・ <input checked="" type="radio"/> その他 () ※予定の方は延長手続きが終了した時点で雇用保険受給期間延長申請書をご提出ください。	
働 い て い る 方	現在働いている または 働く予定の方	勤務開始日 (予定日) 令和 年 月 日	勤務先名
		雇用形態	<input checked="" type="radio"/> パート従業員 ・ <input checked="" type="radio"/> 法人役員(非常勤) ・ <input checked="" type="radio"/> その他 () ※法人の代表者または常勤役員は被扶養者になることはできません。
		自営業主 の方は	※「学習塾経営」「ペットショップ経営」「不動産業」「農業」等具体的業種をご記入ください。

<申請する方の収入の状況>

該当する全ての収入項目の番号に○を付けて、それぞれ年間収入見込額をご記入ください。

①給与収入（パート・アルバイト含む）		円
②雇用保険（失業給付他） ・ ③傷病手当金 ・ 出産手当金 ※公務員の「失業者の退職手当」も含む		(基本手当日額) 円 受給総額 円
④年金収入	国民年金 老齢 遺族 寡婦 障害	円
	厚生（共済）年金 老齢 遺族 障害	円
	企業年金等 企業 公務員の年金払いの退職給付	円
	個人年金	円
	財形年金	円
	恩給	円
	その他（ ）	円
⑤利子・配当収入		円
⑥雑収入		円
⑦自営業等収入 [農林水産業 ・ その他]		円
⑧不動産収入		円
⑨その他 定期的な収入	被保険者以外の人からの資金援助 [仕送り ・ その他（ ）]	円
	資金援助者と認定対象者の関係（ ）	
	資金援助者氏名（ ）	
その他（ ）		円
合 計		円

定期的な預貯金の取り崩しを生計の維持に充てている場合は概ねの金額（年額）をご記入ください。	円
---	---

<被保険者が扶養しなければならない具体的な理由及び経緯・その他特記事項について>

下記の誓約書をよくお読みになり、同意いただいた場合は署名捺印後、被扶養者申請を行ってください。

誓約書

大阪読売健康保険組合 理事長殿

以上の申告内容に相違はありません。申告内容に虚偽があった場合及び申告内容を証明する書類を提出できなかった場合は、被扶養者の資格を取り消されても異議の申し立てをいたしません。また、申告内容に変更があった場合は、速やかに貴組合に届け出、所定の手続きを行います。

虚偽の申告や届け出事項の不申告により被扶養者資格の認定を受けた場合は、当該期間中に貴組合が負担した被扶養者にかかる費用を弁済いたします。

年 月 日 被保険者署名 _____

~~~~~  
受付印