

扶養状況届 (その1)

(個人情報の取扱いについて)

※この届出に添付される扶養状況確認のための書類は、被扶養者の認定業務に使用します。

※この添付書類は、事業主を経由して届出ることから、事業主がその書類の不備・不足等を確認することに同意されたものとして処理します。

(記入について)

被扶養者として認定を受けるためには、対象者の生計費の2分の1以上を被保険者が負担していること(別居の場合は対象者の収入以上で且つ年最低48万円以上の送金を要す)が必要です。この届は、認定資料となりますので事実に基づきご記入ください。

保険証の記号と番号	被保険者の氏名	認定対象者の氏名	認定対象者の生年月日(年齢)	続柄
—			S・H 年 月 日(満 歳)	
扶 養 申 請 の 理 由	1. 今回扶養申請する年月日、及び理由を記入してください 平成 年 月 日			
	<理由> 該当項目はすべて記入してください			
	<input type="checkbox"/> 被保険者が資格を取得したため		・取得年月日 平成 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 結婚のため		・入籍年月日 平成 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 会社を退職したため		・退職年月日 平成 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 出産をひかえているため		・出産年月日 平成 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 無職、無収入のため		<input type="checkbox"/> 病気療養中のため(診断書の写しや障害者手帳の写しを添付)	
<input type="checkbox"/> 収入が少なくなったため		<input type="checkbox"/> 就職活動中のため(下記5. に詳細を記入のこと)		
<input type="checkbox"/> その他		具体的な理由 _____		
2. 認定対象者のこれまで加入していた健康保険について記入してください				
<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 組合健康保険(当健保含) <input type="checkbox"/> 未加入				
※勤めていた会社で任意継続被保険者であった <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (はいの方は資格喪失証明書を添付)				
3. 今回扶養申請するまでの状況と今後について詳しく記入してください (今までは誰が生活費等をみていたのか、また、今後の生活費等は主として誰がみていくのか)				

4. 認定対象者に配偶者はいますか (被保険者の配偶者以外の場合記入してください)				
<input type="checkbox"/> はい (配偶者の年間収入に関する書類を添付) <input type="checkbox"/> いいえ				
5. 現在就職活動中のため申請する方のみ記入してください(就職活動していることが確認できる書類を添付)				
・学生でなくなった日 (<input type="checkbox"/> 高校・ <input type="checkbox"/> 大学・ <input type="checkbox"/> 専門・ <input type="checkbox"/> その他) 平成 年 月 日 (<input type="checkbox"/> 卒業・ <input type="checkbox"/> 中退)				
・希望している職種 _____ ・就職予定日 H 年 月 日				
・就職活動の手段 (<input type="checkbox"/> ハローワーク <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 民間会社の紹介 <input type="checkbox"/> その他 _____)				
・就職活動状況の詳細(いつ頃を目途に、現在どのような活動をしているのか、具体的にご記入ください)				

6. 現在就職活動に関連した資格を習得中の方は記入してください				
・資格名、または専門的な職種など _____				
・資格習得のため学校に通っている <input type="checkbox"/> はい(在学証明添付) _____ 日程度 / (<input type="checkbox"/> 月・ <input type="checkbox"/> 週)				
<input type="checkbox"/> いいえ(資格習得中と確認できる書類を添付)				
・今後の資格試験予定日 平成 年 月 頃 / (年 回)				
と ら ず 収 入 の 有 無 に 係 る	7. 現在、勤労による収入がありますか <input type="checkbox"/> はい (直近3カ月分給与明細を添付) <input type="checkbox"/> いいえ			
	(<input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> その他)			
	月平均勤務日数 _____ 日 (一日あたりの勤務時間 H)		月平均収入 _____ 円位 / 月	

扶養状況届 (その2)

収入の有無 ※収入の有無に係わらず全て記入のこと	8. 自営業による収入がありますか <input type="checkbox"/> はい (確定申告書(受付印のあるもの)の写し(両面)を添付) <input type="checkbox"/> いいえ 業種 _____ 年間収入額 _____ 円
	9. 農業収入がありますか <input type="checkbox"/> はい (確定申告書(受付印のあるもの)の写し(両面)を添付) <input type="checkbox"/> いいえ 田畑の内容 _____ 耕作面積 _____ アール 年間収入額 _____ 円
	10. 年金・恩給等の収入がありますか <input type="checkbox"/> はい (最新の決定通知書や支払通知書の写しを添付) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 老齢年金 (<input type="checkbox"/> 国民・ <input type="checkbox"/> 厚生・ <input type="checkbox"/> その他) _____ 年額 _____ 円 <input type="checkbox"/> 遺族年金 (<input type="checkbox"/> 国民・ <input type="checkbox"/> 厚生・ <input type="checkbox"/> その他) _____ 年額 _____ 円 <input type="checkbox"/> 障害年金 (<input type="checkbox"/> 国民・ <input type="checkbox"/> 厚生・ <input type="checkbox"/> その他) _____ 年額 _____ 円 <input type="checkbox"/> 恩給 _____ 年額 _____ 円 <input type="checkbox"/> その他 (種類) _____ 年額 _____ 円
	11. 雇用保険の受給資格がありますか <input type="checkbox"/> はい (離職票1, 2の原紙、受給延長届の写、受給を希望しない場合は資格喪失確認通知書等を添付) <input type="checkbox"/> 受給終了 受給期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (雇用保険受給資格者証の写し(両面)を添付) 受給額 _____ 円 <input type="checkbox"/> いいえ (雇用保険の未加入証明等を添付)
	12. その他に収入がありますか、また、ありましたか <input type="checkbox"/> はい (その証明を添付) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 退職するまでの給与収入 (H 年分) 年間収入額 _____ 円 <input type="checkbox"/> 退職一時金 (H 年分) 年間収入額 _____ 円 <input type="checkbox"/> 不動産収入 (家賃収入等) (H 年分) 年間収入額 _____ 円 <input type="checkbox"/> 一時所得 (内容) _____ (H 年分) 年間収入額 _____ 円 <input type="checkbox"/> その他 (内容) _____ (H 年分) 年間収入額 _____ 円
13. 市区町村より助成等を受けていますか(「はい」の場合は内容が確認できる書類を添付) ・生活扶助 <input type="checkbox"/> はい (内容) _____ <input type="checkbox"/> いいえ ・医療扶助 <input type="checkbox"/> はい (内容) _____ <input type="checkbox"/> いいえ	
別居について ※別居の場合記入	14. 同居していない理由 <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 施設入所等 (施設名称) _____ <input type="checkbox"/> その他 (具体的理由) _____
	15. 別居先の家屋は <input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家(家賃 _____ 円/月) <input type="checkbox"/> その他 _____
	16. 別居先で認定対象者は誰と同居していますか <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹() _____ <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他(続柄) _____ 合計 _____ 人
	17. 送金について 送金額 _____ 月平均 _____ 円 年額 _____ 円 (送金の証明を添付。「公的金融機関の証明」に限る。 尚、単身赴任や学生の場合は送金証明の添付を省略できる)

上記の事実に相違ありません。

※認定要件にある年間収入が130万円(60歳以上または障害年金受給要件に該当する程度の障害者であれば180万円)を超過した場合は、認定日に遡及して資格を取消されることがあります。その場合は保険給付費等を返還して頂くこととなりますのでご了承ください。

平成 年 月 日

被保険者住所

被保険者氏名

印

三菱マテリアル健康保険組合理事長 殿

※この内容に不明な点があった場合には、後日再確認する場合がありますのでご了承ください。

[平成21年8月 改訂]