

健保受付印

常務理事			担当者

扶養状況届

入社時申請 入社後申請

(入社日 年 月 日)

この用紙は被保険者の家族との関係、家族の収入状況、家族の生活費の援助やその内容などをご記入いただき、「被扶養者」としての要件を満たしているかを総合的に審査するのに必要となります。

未記入箇所が無いように、ご回答下さい。なお記載の添付書類は必要最小限のものであり、状況によっては添付書類を追加していただく場合もあります。また、提出頂いても審査の結果、認定できない場合もありますのでご了承ください。 * 健保記入

事業所名(店名)/所属	被保険者証の記号・番号	被保険者名	*標準報酬月額
/	-		千円 ()

《記載について》

* 認定対象者が義務教育以下の場合はまとめて1枚で可し、同時にそれ以外の方の認定がある場合は別途個別に1枚ずつご記入ください。

* 認定対象者の氏名は楷書で丁寧に記入ください。 * 続柄は詳しく(例 長男、二男、実母等)ご記入ください。

認定対象者氏名	続柄	年齢	認定対象者氏名	続柄	年齢
フリガナ		歳	フリガナ		歳
フリガナ		歳	フリガナ		歳

●今回の申請事由は、(該当の口に☑を記入してください)

被保険者自身の子どもの出生のため(設問1~3について回答してください)

被保険者自身の子ども以外の出生(孫等)またはそれ以外の家族の申請のため(設問1~12 全て回答してください)

認定対象者との生計維持関係・その他について	<p>1. 今回の申請時、被保険者に配偶者はいますか。 <input type="checkbox"/>配偶者は高島屋健保の被保険者である(-) <input type="checkbox"/>有【配偶者の収入証明書を添付要】 <input type="checkbox"/>既に被扶養者として認定されている(収入証明書は不要) <input type="checkbox"/>無(<input type="checkbox"/>離別(養育費等 月額 円) <input type="checkbox"/>死別(遺族年金 有・無) <input type="checkbox"/>未婚)</p> <p>2. 被保険者の給与について、認定対象者は今後所得税の控除対象となりますか。 <input type="checkbox"/>なる <input type="checkbox"/>ならない(理由:)</p> <p>3. 認定対象者は現在被保険者と同居していますか <input type="checkbox"/>同居している【マイナンバーの記載の無い世帯全員の住民票(続柄記載あり)直近3ヶ月以内のものを添付要】 ※二世帯住宅や同一敷地内の別棟住居、世帯主が別の場合は同居とはみなしません。 <input type="checkbox"/>別居している【マイナンバーの記載の無い認定対象者の世帯全員の住民票(続柄記載あり)直近3ヶ月以内のものを添付要】 ア. 別居の理由について <input type="checkbox"/>通学【在学証明書を添付してください】 <input type="checkbox"/>施設入所等【入所証明書と被保険者が費用を負担している領収証3ヶ月分を添付要】 <input type="checkbox"/>その他() イ. 別居先で認定対象者は誰かと同居していますか <input type="checkbox"/>単身 <input type="checkbox"/>配偶者 <input type="checkbox"/>子 <input type="checkbox"/>兄弟姉妹 <input type="checkbox"/>孫 <input type="checkbox"/>その他(続柄:) ウ. 仕送りについて *認定対象者が学生(通学)の場合または被保険者の単身赴任時は仕送り証明は不要とする 1ヶ月の送金額 円 ※まとめた送金・手渡しは不可 【仕送りを証明する書類写し:(送金者、受取人のわかるものを直近3ヶ月以上添付要)】</p> <p>4. 認定対象者に配偶者はいますか。(認定対象者が被保険者の配偶者以外の場合にご記入ください) <input type="checkbox"/>有 年齢()歳【配偶者の所得証明書と最新の年金振込(払込)通知書(受給者のみ)写しを添付要】 <input type="checkbox"/>無 (<input type="checkbox"/>死別(遺族年金: 有・無) ※遺族年金有の場合は、下記8.に金額をご記入ください <input type="checkbox"/>離別 <input type="checkbox"/>未婚)</p> <p>5. 国や市区町村からの医療費の補助を受けていますか <input type="checkbox"/>はい(種類)【医療証・医療費受給者証等の写し】 <input type="checkbox"/>いいえ</p>
-----------------------	---

※申請事由が被保険者自身の子ども以外の出生またはそれ以外の家族の申請の場合は裏面もご記入ください。

※申請事由が被保険者自身の子ども以外(孫等)の出生またはそれ以外の家族の申請の場合は以下もご記入ください。

申請事由 他について	<p>6. 認定対象者の申請事由を記入してください。(該当項目はすべて記入してください)</p> <p><input type="checkbox"/>退職したため (退職日:平成 年 月 日)</p> <p style="text-align: center;">【別紙提出書類一覧表の②書類番号6~11の必要書類または退職証明書を添付要】</p> <p><input type="checkbox"/>収入が少なくなったためまたは認定限度内収入のため 【今後の収入を証明する書類を添付要】</p> <p><input type="checkbox"/>離婚したため (平成 年 月 日離婚)</p> <p><input type="checkbox"/>出産のため退職したため(出産(予定)日:平成 年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/>病気療養中のため(傷病手当金の受給:有・無) *医師の診断書を依頼する場合があります</p> <p><input type="checkbox"/>無職、無収入のため 【所得証明書を添付要】 <input type="checkbox"/>学生のため 【高校生以上は在学証明書を添付要】</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ()</p>
	<p>7. 認定対象者は現在健康保険に加入していますか。</p> <p><input type="checkbox"/>加入中 (<input type="checkbox"/>国民健康保険 <input type="checkbox"/>退職した会社の任意継続 <input type="checkbox"/>その他())</p> <p><input type="checkbox"/>未加入 最後に加していた健康保険()喪失日:平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">*健康保険資格喪失証明書の提出を依頼する場合があります</p>
認定対象者の今後一年間の収入の有無について	<p>8. 年金等の収入はありますか。(該当の年金はすべてに○をしてください)</p> <p><input type="checkbox"/>有 年金の種類 (老齢・遺族障害・企業年金・恩給・その他())</p> <p style="text-align: center;">【最新の振込(払込)通知書写し、申請中の場合は見込み額を算定した「年金見込額回答票」を添付要】</p> <p>今後1年間の年金合計額 _____ 円</p> <p><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>受給権がない <input type="checkbox"/>未加入</p> <p><input type="checkbox"/>その他(その理由 _____)</p>
	<p>9. 過去1年間に雇用保険の離職票の発行はありますか。</p> <p style="text-align: center;">(添付書類が申請時提出出来ない場合は下記に☑をしてください。その場合は退職証明書を添付してください。)</p> <p><input type="checkbox"/>有 【離職票の1・2写し、雇用保険受給資格者証の写しのいずれか1つと念書(別紙)を添付要】</p> <p><input type="checkbox"/>既に受給終了【雇用保険受給資格者証(両面)の写しを添付要】</p> <p><input type="checkbox"/>無 【雇用保険未加入がわかる退職証明(質問6、で無職の方は不要)】</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto;"> <input type="checkbox"/> 手続き後提出 (健保提出日 _____ / _____) </div>
	<p>10. 勤労(パート・アルバイト等)による収入はありますか。</p> <p><input type="checkbox"/>有 (<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())</p> <p>一日当りの勤務時間 _____ 時間 で月平均の勤務日数 _____ 日 平均月収 _____ 円</p> <p style="text-align: center;">【直近3ヶ月以上の給与明細写し、または働き始めたばかりで、まだ給与が支給されていない方は金額の推測ができる会社との「雇用契約書」写しを添付要】 <input type="checkbox"/>無</p>
	<p>11. 自営業による収入はありますか。</p> <p><input type="checkbox"/>有 【確定申告書の控(受付印のあるもの)写しと収支内訳書写しを添付要】 <input type="checkbox"/>無</p> <p>業種 _____ / 年収 _____ 円</p>
	<p>12. その他に収入について(あるものについては、金額や種類など記入してください。)</p> <p><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>不動産所得 年収 _____ 円 <input type="checkbox"/>農業所得 年収 _____ 円</p> <p style="text-align: center;">【確定申告書の控(受付印のあるもの)写しと収支内訳書写しを添付要】</p> <p><input type="checkbox"/>市区町村からの手当等 種類(_____)年収 _____ 円</p> <p style="text-align: center;">【市区町村から発行される手当証の写しを添付要】</p> <p><input type="checkbox"/>被保険者以外の家族からの仕送り等 誰から(_____)毎月 _____ 円</p> <p style="text-align: center;">【仕送りを証明する書類写し:(送金者、受取人のわかるものを直近3ヶ月以上添付要)】</p> <p><input type="checkbox"/>傷病手当金または出産手当金を受給中 【受給期間、受給額のわかる支給先の証明を添付要】</p> <p><input type="checkbox"/>無(無職・学生(_____))【高校生以上の就学者は在学証明書を添付要】</p>

申請する扶養者について上記の事実と相違ありません。

年 月 日

被保険者氏名

◎

連絡先電話番号:携帯・ロ・ス・ネ・ット・直通(- -)