

◆扶養理由書◆

記号	番号	枝番	被保険者(本人)の氏名	申請家族の氏名	続柄(妻・長男等)
1000	12345	00	太陽 花子	太陽 美月	長女

- ・被扶養者1人につき1枚提出ください
- ・該当項目すべての□にチェックし、ご記入ください
- ・★印のところは、該当する場合のみ、ご記入ください

申請家族について伺います

①扶養するに至った理由

離婚のため、学生である長女を、生計をたてている私が扶養することになりました。

長女は、現在大学4年生で、来年の4月に就職が内定していますので、

それまでの期間、お願いします。

②申請家族が加入していた健康保険について

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 出生のため今回はじめて加入 | <input type="checkbox"/> 国民健康保険 |
| <input checked="" type="checkbox"/> (元夫)の被扶養者 私・妻・元夫等記入 | <input type="checkbox"/> 就労先の健康保険・共済保険 |
| <input type="checkbox"/> 生活保護 | <input type="checkbox"/> 未加入→未加入期間は国保に加入下さい |

③申請家族の状況

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 無職 | <input checked="" type="checkbox"/> 無収入 |
| <input type="checkbox"/> 中学生以下 | <input type="checkbox"/> 就職活動中(平・令 年 月から) |
| <input checked="" type="checkbox"/> 全日制の学生(高・短・大・専) | <input type="checkbox"/> パート・アルバイト・事業・利子配当等の収入有 |
| <input type="checkbox"/> 定時・通信・フリースクール等の学生 | <input type="checkbox"/> 年金受給有(老齢・遺族・障害・企業年金等) |
| <input type="checkbox"/> 浪人→ <input type="checkbox"/> 予備校 <input type="checkbox"/> 自宅 | <input type="checkbox"/> 各種給付受給有(労災・失業・傷病手当等) |
| <input type="checkbox"/> 障がい者である | <input type="checkbox"/> 傷病有 傷病名() |

※該当するすべてにチェック

★退職後、現在無職の方は記入

※退職日(平・令 年 月 日) ※退職理由→ 自己都合 会社都合

④雇用保険について

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 雇用保険未加入 | <input type="checkbox"/> 働く予定はない→健保より失業給付不受給確認書依頼します |
| <input type="checkbox"/> 加入していたが受給要件を充たさないため失業給付は受給できない | |
| <input type="checkbox"/> 失業給付受給予定(これから手続き、手続き中、待機給付制限期間中) | |
| <input type="checkbox"/> 失業給付受給終了(平・令 年 月 日終了) 支給期間最終日を記入 | |
| <input type="checkbox"/> 失業給付受給延長(予定)→期間(令和 年 月位まで) 理由() | |

★被保険者と別居の場合に記入

⑤別居の理由

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 私が単身赴任のため | <input type="checkbox"/> 申請家族(子)が遠方の学校へ通学 |
| <input type="checkbox"/> 申請家族が施設に入所・入院→入所証明添付 | |
| <input type="checkbox"/> その他() | →送金証明添付 |

★申請家族が「子」の場合に伺います

※「申請家族」が配偶者(夫・妻)以外の場合にご記入ください

⑥あなたに配偶者(夫・妻)はいますか

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 無 → <input checked="" type="checkbox"/> 離婚(平・令 3年5月8日) | <input type="checkbox"/> 死亡(平・令 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他() |
| <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 既に私の被扶養者(太陽生命健保の被保険者証を持っている) | <input type="checkbox"/> 被扶養者ではない→配偶者の収入証明を添付(内縁の場合も添付) |
| <input type="checkbox"/> 交際中(婚姻予定→有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>) →子の父の収入証明を添付(内縁の場合も必要です) | |
| <input type="checkbox"/> 離別した | →児童扶養手当受給者証写し等証明書を添付 |

念書

1. 今回被扶養者として申請する者の内容に虚偽がないことを申告いたします
2. 配偶者又は他の扶養義務者が私の収入を上回った際には被扶養者を私の健康保険から異動(削除)します
3. 収入増加や就職など扶養状況に変更があった場合には速やかに扶養削除の手続きをします
4. 申告が事実と異なった場合には遡って資格を取消し健保負担の医療費や給付金等を全て返戻致します

令和3年5月10日

被保険者氏名

太陽 花子

太陽印

《特記事項》

添付書類は証明書類一覧の7を参照ください

※他に扶養義務者がいる場合は、健保までお問い合わせください。