

保険証の記号番号		氏名	所属部署名
記号 100	番号 500	健保 太郎	(株) タムラ製作所 ○○事業所
個人番号 (記号・番号がわからない場合はマイナンバーを記入)			

1. 今回申請するご家族の氏名と現在の状況について

氏名	年齢	続柄	居住区分
健保 花子	3□ 歳	妻	どちらか選択してください <input checked="" type="radio"/> 被保険者と同居 <input type="radio"/> 被保険者と別居 ※5.を回答してください
現況			
いずれかを選択してください <input type="radio"/> 18歳以上の学生 ② <input checked="" type="radio"/> 有職 (パート・アルバイトを含む) <input type="radio"/> 無職			

2. 今回申請するご家族が今まで加入していた健康保険について記入してください。

いずれか選択し、必要事項をご回答ください

<input checked="" type="radio"/> 国民健康保険に加入	(世帯主の氏名： <u>健保 太郎</u> )
<input type="radio"/> 任意継続保険に加入	( <input type="radio"/> 被保険者 (本人) <input type="radio"/> 被扶養者 (家族) )
<input type="radio"/> 健康保険組合・共済組合等に参加	( <input type="radio"/> 被保険者 (本人) <input type="radio"/> 被扶養者 (家族) )
<input type="radio"/> 健康保険未加入	( 令和 _____ 年 _____ 月 から未加入 )

3. 今回申請するご家族を扶養することになった理由について

いずれか選択し、必要事項をご回答ください

<input checked="" type="radio"/> 被保険者が入社・雇用契約変更などによりタムラ製作所健康保険組合に加入したため
<input type="radio"/> 今回申請するご家族が退職したため (1年以内の退職)
1. 勤務先 _____
2. 退職事由 <input type="radio"/> 定年 <input type="radio"/> 結婚 <input type="radio"/> 出産 <input type="radio"/> その他 ( _____ )
3. 退職日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
4. 失業給付 <input type="radio"/> 受給しない ③ <input type="radio"/> 受給期間延長の申請をしている ⑤ <input type="radio"/> 受給申請をしていて待機期間中 ④ <input type="radio"/> 雇用保険未加入または加入期間不足のため受給資格がない ⑦
<input type="radio"/> 申請するご家族が失業給付の支給満了後も引続き収入がないため ⑥
<input type="radio"/> 今回申請するご家族が個人事業を廃業したため ⑧
<input type="radio"/> その他 (上記以外の場合は申請する理由を詳しく記入してください)

4. 今回申請するご家族 (=対象者) の申請後の収入について

全ての欄に記入してください (該当が無い場合は「0円」と記入)

・ 給与収入 (パート、アルバイトを含む) ⑨	年額 = (直近3ヶ月の給与明細合計額 ÷ 3 × 12) + 賞与	年額	900,000	円
・ 年金収入 該当する全てにチェックを入れてください ⑭	<input type="checkbox"/> 公的年金 <input type="checkbox"/> 企業年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> その他	年額	0	円
・ 事業収入 該当する全てにチェックを入れてください ⑩	<input type="checkbox"/> 不動産収入 (家賃・駐車場 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	年額	0	円
・ 出産手当金 ※ ⑫	令和 _____ 年 _____ 月 まで	日額	0	円
・ 傷病手当金 ※ ⑫	令和 _____ 年 _____ 月 から	日額	0	円
・ 失業給付 ※ ⑬	令和 _____ 年 _____ 月 まで	日額	0	円
・ あなた以外のご家族からの仕送り	対象者からみた続柄 ( _____ )	月額	0	円
	対象者からみた続柄 ( _____ )	月額	0	円
・ その他収入 (利子、配当など) ⑪			0	円
合計(1年分で計算)		年額	900,000	円

○囲みの数字は、「提出書類一覧」と対応しています。

# 扶養者状況届 A-2

## 5. 今回申請するご家族の居住場所について「被保険者と別居」とお答えの方のみお答えください

(1) 別居の理由についていずれか選択してください	
<input type="radio"/> 単身赴任	(⇒ (2) (3) をご記入ください)
<input type="radio"/> 学校通学	(⇒ (2) (3) をご記入ください)
<input type="radio"/> その他	(⇒ (2) (3) をご記入ください)
(2) 別居先のご住所を記入してください(建物の名称、部屋番号も記入してください)	
〒	
Tel	
(3) あなたからの仕送りについて記入してください	
・ 仕送り対象者の人数	<input type="radio"/> 1人 <input type="radio"/> 2人 <input type="radio"/> 3人以上
・ 仕送り金額 ⑰	認定対象者の世帯全体への仕送り額を記入
	毎月 円

### 誓約書

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。 申告後、被扶養者の収入が超過した場合や状況に変更があった場合は、速やかに異動手続きを行います。 健保組合への報告義務を怠った場合や本申告が事実と相違していることが判明した場合には、遡って(事実が発生した日または認定取消)被扶養者資格の取消し及び健保組合が負担した医療費や給付金を当該期間全てにわたり返還することを誓約いたします。	
タムラ製作所健康保険組合 理事長殿	令和 ○ 年 4 月 5 日
被保険者氏名	健保 太郎

受付印