

# 被扶養者申請確認表【配偶者申請用】

|             |
|-------------|
| 被保険者記号・番号   |
| 101 - 12345 |

記載している時点ではなく、**事実発生日時点の健康保険の加入状況を選択ください**

※資格情報がわかる書類  
資格情報のお知らせ、資格確認書、資格証明書 等

\*該当の番号を○ 該当するところに☑

|  |   |            |                               |
|--|---|------------|-------------------------------|
| 被扶養者氏名<br><b>健保 花子</b>   | 1 配偶者 2 未届の配偶者 3 その他( )   | 次の3月末で ○○歳 | 日中連絡のどれる電話番号<br>090-1234-5678 |
| 申請理由<br>1 被保険者新規資格取得 2 結婚 3 扶養異動<br>4 退職 <b>5 収入減少</b> 6 雇用保険受給延長<br>7 雇用保険受給終了<br>8 その他 ( ) | 事実発生日時点の健康保険加入状況<br>1 加入していない ※喪失証明書(原本)要添付<br><b>2 国民健康保険加入</b> ※資格情報がわかる書類 コピー要添付<br>3 他健保加入(任意継続含む)<br>4 被保険者が前職で加入していた健康保険の被扶養者で、退職(喪失)後、他の健康保険に加入していない |            |                               |

|                               |              |                       |              |
|-------------------------------|--------------|-----------------------|--------------|
| 被保険者との同居・別居区分 (3,4の場合は下の□欄も✓) |              |                       |              |
| <b>1 同居 住民票・居住地同じ</b>         | 2 同居 居住地のみ同じ | 3 別居 住民票のみ同じ          | 4 別居 住民票も異なる |
| 5 別居で施設等入居 施設名( )             |              | □ 社命 □ 里帰り出産 □ その他( ) |              |

※3,4の方で理由が「その他」の場合は送金者名、受取人および1万円未満の振込の場合…預金通帳の写し(通帳の名義、振込日と金額)を送金の場合…現金書留の控え(写)

**添付必須です。住民票は原本を添付ください**

※マイナンバーの記載がある住民票を添付する場合、申請対象者以外のマイナンバーはマスキングしてください

## 被扶養者認定審査に必要な添付書類

|         |              |   |
|---------|--------------|---|
| 1. 必須書類 | 全ての世帯        | 被保険者・申請被扶養者を含む <b>世帯全員・続柄入り</b> 「住民票」原本 |
|         | 申請被扶養者が外国人の方 | 「在留カード」または「特別永住者証明書」両面(写)               |

|          |   |  |
|----------|---|--|
| 2. 現況の確認 | <input type="checkbox"/> 学生<br><input type="checkbox"/> 結婚<br><input type="checkbox"/> 収入減少(雇用形態)<br><input checked="" type="checkbox"/> 退職・廃業(下記のいずれか選択)<br>右のいずれかに<br><input type="checkbox"/> 受給中<br><input type="checkbox"/> 受給終了<br><input type="checkbox"/> 受給しない<br><input type="checkbox"/> 受給予定・未定<br><input checked="" type="checkbox"/> 受給延長中・延長予定 | 健康保険資格喪失証明書(原本)または退職証明書、退職日が記載された源泉徴収票、廃業届(写)等<br>雇用保険受給資格者証(両面写)または受給資格通知(写)<br>◎基本手当<br>雇用保険失業給付に関する書類 |
|----------|---|--|

必ずいずれかに✓ください  
※申請理由で1を選んだ方で該当がない場合は不要

「雇用保険失業給付についての確認書」は別紙を印刷ください  
別紙【雇用保険失業給付についての確認書】を提出ください。

|          |   |  |
|----------|---|--|
| 3. 収入の確認 | <input checked="" type="checkbox"/> 申請被扶養者は「給与収入のみである」<br>※申請被扶養者の収入が給与収入のみ(下欄) | 申請被扶養者が「給与収入のみである」場合、必ず✓ください<br>※給与収入以外の収入がある(例:年金収入等)場合は、ここには✓せず、下欄の該当箇所全てに✓ください。 |
|----------|---|--|

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 申請時無収入<br><input checked="" type="checkbox"/> パート・アルバイト<br><input type="checkbox"/> 年金受給の方(私的年金含む)<br><input type="checkbox"/> 失業給付以外の手当・給付金を受給している方<br><input type="checkbox"/> (60歳未満で)130万/年以上の場合<br><input type="checkbox"/> 自営業等その他収入のある方 | 「所得証明書」または収入金額が記載された「(非)課税証明」等 ※市区町村により名称が異なる<br>※上記2で「退職・廃業」を選択した場合は不要<br>労働条件通知書等、労働契約の内容がわかる書類(写)<br>(※就労開始日、時給、日給、交通費、勤務時間、勤務日数、社保加入有無の記載があり、年間収入の計算できるもの)<br>老齢・障害年金、企業年金、個人年金等の直近の「年金振込通知書」または「年金額改定通知書」<br>「出産手当金」「傷病手当金」等<br>「障害者手帳」等<br>税務署受付印(e) |
|---|--|

原則、労働契約の内容がわかる書類をご提出ください  
※労働契約の内容がわかる書類のみでは、年間収入が計算できない場合は、補足で記載いただくなど、年間収入が計算できるようにご提出ください。  
※労働契約の内容がわかる書類がない場合は、勤務先が発行する「総収入(非課税交通費含む)見込み証明書」をご提出ください

|                  |              |
|------------------|--------------|
| 4. 扶養に<br>添付書類の内 | 必ずいずれかに✓ください |
|------------------|--------------|

※ご提出以外に追加で改めて審査に必要な書類の提出をお願いすることがあります。

今回の申請内容に相違ありません。

事実と相違した内容があった場合は、被扶養者としての認定を遡って取消し、返還をすることに異存ありません。また、認定基準から外れた時には、直ちに被扶養者削除の手続きをします。

必ず被保険者が自署で記載ください

申請日: 令和 ○年 ○月 ○日

被保険者(自署) **健保 太郎**

## 被扶養者申請確認表【子の申請用】

|            |  |
|------------|--|
| 事業所担当部署 検印 |  |
|            |  |

|             |
|-------------|
| 被保険者記号・番号   |
| 101 — 12345 |

## 出生のケース

※出生時申請用の用紙でも可

\*該当の番号を○ 該当するところに☑

|          |              |                   |
|----------|--------------|-------------------|
| 申請する子の氏名 | 年度末年齢        | 続 柄               |
| 健保 次郎    | 次の3月末で<br>0歳 | ① 子 2 養子 3 その他( ) |

|                          |  |
|--------------------------|--|
| 申請理由                     | 事実発生日時点の健康保険加入状況                                     |
| 1 被保険者新規資格取得 ② 出生 3 扶養異動 | ① 加入していない ※喪失証明書(原本)要添付                              |
| 4 退職 5 収入減少 6 雇用保険受給延長   | 2 国民健康保険加入 } ※資格情報がわかる書類<br>3 他健保加入(任意継続含む) } コピー要添付 |
| 7 雇用保険受給終了               | 4 被保険者が前職で加入していた健康保険の被扶養者で、退職(喪失)後、他の健康保険に加入していない    |
| 8 その他( )                 |  |

|                               |                              |              |              |
|-------------------------------|------------------------------|--------------|--------------|
| 被保険者との同居・別居区分 (3,4の場合は下の□欄も☑) |                              |              |              |
| ① 同居 住民票・居住地同じ                | 2 同居 居住地のみ同じ                 | 3 別居 住民票のみ同じ | 4 別居 住民票も異なる |
| 5 別居で施設等入居 施設名( )             | □ 社会 □ 里帰り先で出生 □ 通学 □ その他( ) |              |              |

※3,4の方で理由が「その他」の場合は送金者名、受取人および1ヶ月間の振込の写し(通帳の名義、振込日と金額の写し)と送金の場合…現金書留の控え(写)

|                  |             |
|------------------|-------------|
| 被扶養者認定審査に必要な添付書類 | 該当する<br>※添付 |
|------------------|-------------|

添付必須です。住民票は原本を添付ください

※マイナンバーの記載がある住民票を添付する場合、申請対象者以外のマイナンバーはマスキングしてください

## 1. 必須書類

|              |                                |
|--------------|--------------------------------|
| 全ての世帯        | 被保険者・申請被扶養者を含む「世帯全員・続柄入り」住民票原本 |
| 申請被扶養者が外国人の方 | 「在留カード」または「特別永住者証明書」両面(写)      |

## 2. 夫婦共同扶養における収入の確認

※子の人数にかかわらず、被保険者の年間収入が多い方の被扶養者としてとされています。

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 配偶者の方                         | 配偶者の記号・番号・氏名( ) (氏名 )   |
| <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者が大同健保以外の健康保険に加入 | <input checked="" type="checkbox"/> 出生: 出生から1年間の年収見込額 「被保険者収入>配偶者収入」を確認しました(添付書類不要)<br><input type="checkbox"/> 出生以外: 配偶者の年間収入を証明する書類 |
| <input type="checkbox"/> ひとり親の方                        | 被保険者「戸籍謄本」原本または児童扶養手当の受給者証、通知書の写し(氏名確認できる直近のもの)   |

## 3. 現況の確認

※0歳～義務教育終了(中学生卒業)までの子は不要

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 学生               | 学校名・発行日・有効期限等の日付が記載されている「学生証」、「在学証明書」<br>※海外の学生証、在学証明書が外国語の場合は和訳を添付              |
| <input type="checkbox"/> 退職・廃業(下記のいずれか選択) | 健康保険資格喪失証明書(原本)または退職証明書、退職日が記載された源泉徴収票、廃業届(写)等                                   |
| <input type="checkbox"/> 受給中              | 雇用保険受給資格者証(両面写)または受給資格通知(写)<br>◎ 基本手当日額が3,612円(60歳以上、障害認定を受けている場合は5,000円)未満であること |
| <input type="checkbox"/> 受給終了             | 雇用保険受給資格者証(両面写)または受給資格通知(写) ※受給終了日の印字を含む面  |
| <input type="checkbox"/> 受給しない/受給予定・未定    | 別紙【雇用保険失業給付についての確認書】を提出ください。   |
| <input type="checkbox"/> 受給延長中・延長予定       |  |
| <input type="checkbox"/> 現況確認書類がある方       | 「障害者手帳」等(氏名・等級・障害手帳の名称が記載されているもの)(写)<br>1ヶ月以内に医療機関が発行した「診断書」(写)                  |

0歳～義務教育終了(中学生卒業)までの子は「3.現況の確認」「4.収入の確認」の回答は不要です

## 4. 収入の確認

※0歳～義務教育終了(中学生卒業)までの子は不要

※申請被扶養者の収入が給与収入のみ(下欄「パート・アルバイト」のみ)の場合は下の□にチェックをつけてください

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 申請被扶養者は「給与収入のみである」     |   |
| ※必ずどれかにチェック。複数該当する方は複数チェックし、それぞれ記載の書類を提出ください。   |   |
| <input type="checkbox"/> 申請時無収入                 | 「所得証明書」または収入金額が記載された「(非)課税証明書」等 ※市区町村により名称が異なる<br>※18歳までの学生(昼間通学)は不要                |
| <input type="checkbox"/> パート・アルバイト              | 労働条件通知書等、労働契約の内容がわかる書類(写)<br>(※就労開始日、時給、日給、交通費、勤務時間、勤務日数、社保加入有無の記載があり、年間収入の計算できるもの) |
| <input type="checkbox"/> 奨学金                    | 受給金額が分かる書類(学生手当や生活費としての奨学金のみ)(写)  |
| <input type="checkbox"/> 年金受給の方                 | 遺族・障害年金に該当する直近の「年金振込通知書」または「年金額改定通知書」(写)  |
| <input type="checkbox"/> 失業給付以外の手当て・給付金を受給している方 | 「出産手当金」「傷病手当金」「労災給付金」等通知書(写)  |
| <input type="checkbox"/> 自営業等その他収入のある方          | 税務署受付印(e-tax送信日)のある直近の「確定申告書」及び「青色申告書」「収支内訳書」(写)                                    |

※ご提出以外に追加で改めて審査に必要な書類の提出をお願いすることがあります。

今回の申請内容に相違ありません。

事実と相違した内容があった場合は、被扶養者としての認定を遡って取消し、該当する期間の保険料等のみ返還をすることに異存ありません。また、認定基準から外れた時には、直ちに被扶養者削除の手続きをします。

必ず被保険者が自署で記載ください

申請日: 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

被保険者(自署) 健保 太郎

# 被扶養者申請確認表【子の申請用】

事業所担当部署 検印

|                 |                 |   |
|-----------------|-----------------|---|
| 被保険者記号<br>101 — | <b>出生以外のケース</b> | 記載している時点ではなく、事実発生日時点の健康保険の加入状況を選択ください<br>※資格情報がわかる書類<br>資格情報のお知らせ、資格確認書、資格証明書 等 |
|-----------------|-----------------|---|

\*該当の番号を○ 該当するところに☑

|                          |                               |                  |
|--------------------------|-------------------------------|------------------|
| 申請する子の氏名<br><b>健保 次郎</b> | 年度末年齢<br>次の3月末で<br><b>16歳</b> | ①子<br>2 養子 3 その他 |
|--------------------------|-------------------------------|------------------|

|   |  |
|---|--|
| 申請理由<br>① 被保険者新規資格取得 2 出生 3 扶養異動<br>4 退職 5 収入減少 6 雇用保険受給延長<br>7 雇用保険受給終了<br>8 その他 ( ) | 事実発生日時点の健康保険加入状況<br>1 加入していない ※喪失証明書(原本)要添付<br>2 国民健康保険加入 ※資格情報がわかる書類<br>3 他健保加入(任意継続含む) コピー要添付<br>④ 被保険者が前職で加入していた健康保険の被扶養者で、退職(喪失)後、他の健康保険に加入していない |
|---|--|

被保険者との同居・別居区分 (3,4の場合は下の□欄も☑)

|                   |                              |              |              |
|-------------------|------------------------------|--------------|--------------|
| ① 同居 住民票・居住地同じ    | 2 同居 居住地のみ同じ                 | 3 別居 住民票のみ同じ | 4 別居 住民票も異なる |
| 5 別居で施設等入居 施設名( ) | □ 社会 □ 里帰り先で出生 □ 通学 □ その他( ) |              |              |

※3,4の方で理由が「その他」の場合は送金者名、受取人および1か月振込の場合…預金通帳の写し(通帳の名義、振込日と金額)の写し、送金の場合…現金書留の控え(写)

**添付必須です。住民票は原本を添付ください**  
※マイナンバーの記載がある住民票を添付する場合、申請対象者以外のマイナンバーはマスキングしてください

**被扶養者認定審査に必要な添付書類**

|              |   |
|--------------|---|
| 1. 必須書類      | 該当する書類を添付                               |
| 全ての世帯        | 被保険者・申請被扶養者を含む <b>世帯全員・続柄入り</b> 「住民票」原本 |
| 申請被扶養者が外国人の方 | 「在留カード」または「特別永住者証明書」両面(写)               |

**2. 夫婦共同扶養における収入の確認** ※子の人数にかかわらず、被保険者の年間収入が多い方の被扶養者としてとされています。

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 配偶者の方 配偶者の記号・番号・氏名 ( ) (氏名 )  | <input type="checkbox"/> 配偶者の方 添付書類 (例) 源泉徴収票、所得証明書、確定申告書 等   |
| <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者が大同健保以外の健康保険に加入 | <input type="checkbox"/> 出生: 出生から1年間の年間収入が「被扶養者収入>配偶者収入」と確認された(添付書類不要)<br><input checked="" type="checkbox"/> 出生以外: 配偶者の年間収入を証明する書類 |
| <input type="checkbox"/> ひとり親の方                        | 被保険者「児童手当」原本または児童扶養手当の受給者証、通知書の写し(氏名確認できる最近のもの)   |

**0歳～義務教育終了(中学生卒業)までの子は「3.現況の確認」「4.収入の確認」の回答は不要です**

**3. 現況の確認**

|  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 学生   | 学校名・発行日・有効期限等の日付が記載されている「学生証」、「在学証明書」<br>※海外の学生証、在学証明書が外国語の場合は和訳を添付   |
| <input type="checkbox"/> 退職・廃業(下記のいずれか選択)  | 健康保険資格喪失証明書(原本)または退職証明書、退職日が記載された源泉徴収票、廃業届(写) 等   |
| 雇用保険受給状況<br><input type="checkbox"/> 受給中<br><input type="checkbox"/> 受給終了<br><input type="checkbox"/> 受給しない/受給予定・未定<br><input type="checkbox"/> 受給延長中・延長予定 | 雇用保険受給資格喪失証明書(原本)または受給資格喪失届(写) 等<br>◎ 基本手当日誌<br>雇用保険受給資格喪失届(両面写)または支給資格通知書/支給終了日の印字を含む<br>別紙 <b>「雇用保険失業給付についての確認書」</b> を提出ください。 |
| <input type="checkbox"/> 現況確認書類がある方  | 「障害者手帳」等(氏名・等級・障害手帳の名称が記載されているもの)(写)<br>1ヶ月以内に医療機関が発行した「診断書」(写)   |

**4. 収入の確認** ※0歳～義務教育終了(中学生卒業)までの申請被扶養者の収入が給与収入のみ(下欄)の場合、必ずチェックしてください

申請被扶養者は「給与収入のみである」

**申請被扶養者が「給与収入のみである」場合、必ず☑ください**  
※給与収入以外の収入がある(例:年金収入等)場合は、ここには☑せず、下欄の該当箇所全てに☑ください。

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 申請時無収入                     | 「所得証明書」または収入金額が記載された「(非)課税証明」等 ※市区町村により名称が異なる<br>※18歳までの学生(昼間通学)は不要                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> パート・アルバイト       | 労働条件通知書等、労働契約の内容がわかる書類(写)<br>(※就労開始日、時給、日給、交通費、勤務時間、勤務日数、社保加入有無の記載があり、年間収入の計算できるもの) |
| <input type="checkbox"/> 奨学金                        | 受給金額がわかる書類(写)   |
| <input type="checkbox"/> 年金受給の方                     | 遺族・障害年金受給通知書(写)   |
| <input type="checkbox"/> 失業給付以外の手当等<br>・給付金を受給している方 | 「出産手当金」等の通知書(写)   |
| <input type="checkbox"/> 自営業等その他収入のある方              | 税務署受付印のある書類(写)  |

※ご提出以外に追加で改めて審査に必要な書類がある場合は、必ずご提出ください

今回の申請内容に相違ありません。事実と相違した内容があった場合は、被扶養者としての認定を遡って取消され、改めて申請が必要となります。返還をすることに異存ありません。また、認定基準から外れた時には、直ちに被扶養者から除外されます。

申請日: 令和 ○年 ○月 ○日 被保険者(自署) **健保 太郎**

**必ず被保険者が自署で記載ください**

## 被扶養者申請確認表【出生児申請用】

|             |          |            |  |
|-------------|----------|------------|--|
| 被保険者記号・番号   | 申請する子の氏名 | 事業所担当部署 検印 |  |
| 101 — 12345 | 健保 次郎    |            |  |

\*該当の番号を○、該当する□に✓し、該当箇所に記載の書類を添付してください。  
※添付書類は、原則3ヶ月以内に発行されたものを提出ください。

|                                    |              |                                |  |                                 |
|------------------------------------|--------------|--------------------------------|--|---------------------------------|
| 被保険者との同居・別居区分 (3,4の場合は□欄も✓)        |              |                                |  |                                 |
| <input checked="" type="radio"/> 1 | 同居 住民票・居住地同じ |                                |  |                                 |
| <input type="radio"/> 2            | 同居 居住地のみ同じ   |                                |  |                                 |
| <input type="radio"/> 3            | 別居 住民票のみ同じ   | <input type="checkbox"/> 社命による | <input type="checkbox"/> 里帰り先で出生(母親の実家などで出生) | <input type="checkbox"/> その他( ) |
| <input type="radio"/> 4            | 別居 住民票も異なる   | <input type="checkbox"/> 社命による | <input type="checkbox"/> 里帰り先で出生(母親の実家などで出生) | <input type="checkbox"/> その他( ) |
| <input type="radio"/> 5            | 別居で施設等入居     | 施設名( )                         |  |                                 |

添付必須です。住民票は原本を添付ください

※マイナンバーの記載がある住民票を添付する場合、申請対象者以外のマイナンバーはマスキングしてください

## 1.被扶養者認定審査に必要な添付書類

|                        |   |
|------------------------|---|
| 全ての世帯                  | 被保険者・申請被扶養者を含む世帯全員・続柄入り「住民票」原本  |
| 上記で3,4を選択し、「その他」を選択した方 | 送金者名、受取人および1ヶ月以上の金額が確認できる下記書面を添付<br>・振込の場合…預金通帳の写し(通帳の名義、振込日と金額の頁)、振込明細書など<br>・送金の場合…現金書留の控え(写) |

## 2.夫婦共同扶養における収入の確認

※子の人数にかかわらず、被保険者の年間収入が多い方の被扶養者としてとされています。

|  |  |  |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 必ずいずれかに✓ください |  |  |
| <input type="checkbox"/> 配偶者が大同健保に加入             | 被保険者の方 配偶者の記号・番号・氏名 ( ) (氏名 )  |  |
| <input type="checkbox"/> 配偶者が大同健保以外の健康保険に加入      | 被扶養者の方 添付書類不要  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/>              | <input checked="" type="checkbox"/> 出生から1年間の年収見込額 「被保険者収入>配偶者収入」を確認しました<br>⇒確認のみで可(添付書類不要) |  |
| <input type="checkbox"/> ひとり親の方                  | 被保険者「戸籍謄本」原本または児童扶養手当の受給者証、通知書(写) (氏名確認できる直近のもの)   |  |

※ご提出以外に追加で改めて審査に必要な書類の提出をお願いすることがあります。

今回の申請内容に相違ありません。

事実と相違した内容があった場合は、被扶養者としての認定を遡って取消し、該当する期間の保険料等も返還をすることに異存ありません。また、認定基準から外れた時には、直ちに被扶養者削除の手続きをします。

必ず被保険者が自署で記載ください

申請日: 令和 ○年 ○月 ○日

被保険者(自署) 健保 太郎

# 被扶養者申請確認表【配偶者・子以外申請用】

被保険者記号・番号  
101 — 12345

記載している時点ではなく、事実発生日時点の健康保険の加入状況を選択ください  
※資格情報がわかる書類  
資格情報のお知らせ、資格確認書、資格証明書 等

\*該当の番号を○ 該当するところに☑

|                          |                                |       |               |
|--------------------------|--------------------------------|-------|---------------|
| 申請被扶養者氏名<br><b>健保 五郎</b> | 1 父母 2 義父母 3 兄弟姉妹 4 孫 5 その他( ) | ○ ○ 歳 | 090-1234-5678 |
|--------------------------|--------------------------------|-------|---------------|

|  |  |
|--|--|
| 申請理由<br>1 被保険者新規資格取得 2 扶養異動 3 退職 4 収入減少<br>5 雇用保険受給延長 6 雇用保険受給終了<br>7 その他( ) | 事実発生日時点の健康保険加入状況<br>1 加入していない ※喪失証明書(原本)要添付<br>2 国民健康保険加入 ※資格情報がわかる書類<br>3 他健保加入(任意継続含む) コピー要添付<br>4 被保険者が前職で加入していた健康保険の被扶養者で、退職(喪失)後、他の健康保険に加入していない |
|--|--|

|   |  |
|---|--|
| 申請被扶養者配偶者の有無<br>1 有 ※配偶者の収入確認書類の添付必須 2 無 (☑死別 □離別 □その他) | 被保険者との同居・別居区分<br>1 同居 住民票・居住地同じ<br>2 同居 居住地のみ同じ<br>3 別居 住民票のみ同じ<br>4 別居 住民票も異なる<br>5 施設等入居 |
|---|--|

被保険者、申請被扶養者以外の成人した同居家族(他健保加入者)全員の収入確認書類  
申請被扶養者と同居している成人(18歳以上の他健保加入者)全員の収入確認書類  
送金者名、受取人および1ヶ月以上の金額が確認できる書面  
・振込の場合「預金通帳の写し(通帳の名義および振込日と金額の頁)、振込明細書など」  
・送金の場合「現金書留の控え(写)」  
施設名称、所在地を記載

被扶養者認定審査に必要な添付書類 **添付もしくは記入必須です。該当する箇所を確認し書類を提出ください**

## 1. 必須書類

|              |   |
|--------------|---|
| 全ての世帯        | 被保険者・申請被扶養者を含む <b>世帯全員・続柄入り</b> 「住民票」原本<br>※別居、世帯分離により住民票の続柄で被保険者との関係が明らかでない方は別途戸籍謄本を添付 |
| 申請被扶養者が外国人の方 | 在留カードまたは特別永住者証明書 両面(写)  |

## 2. 現況の確認

|  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 収入減少(雇用形態変更等による)   | 健康保険資格喪失証   |
| <input type="checkbox"/> 退職・廃業(下記のいずれか選択)  | 健康保険資格喪失証   |
| 雇用保険受給状況<br><input type="checkbox"/> 受給中<br><input type="checkbox"/> 受給終了<br><input type="checkbox"/> 受給しない/受給予定・未定<br><input type="checkbox"/> 受給延長中・延長予定 | 雇用保険受給資格者<br>◎ 基本手当日額が3,612円<br>雇用保険受給資格者証(写)<br>別紙【雇用保険失業給付についての確認書】を提出ください。 |
| <input type="checkbox"/> 学生  | 学生証、「在学証明書」を添付  |
| <input type="checkbox"/> 現況確認書類  | 添付しているもの(写)<br>記載のある「診断書」(写)  |

添付必須です。住民票は原本を添付ください  
※マイナンバーの記載がある住民票を添付する場合、申請対象者以外のマイナンバーはマスキングしてください

「雇用保険失業給付についての確認書」は別紙を印刷ください

必ずいずれかに✓ください  
※申請理由で1を選んだ方で該当がない場合は不要

## 3. 収入の確認

|   |   |
|---|---|
| 申請被扶養者の収入が給与収入のみ(下欄)のみ<br><input type="checkbox"/> 申請被扶養者は「給与収入のみである」 | 申請被扶養者が「給与収入のみである」場合、必ず✓ください<br>※給与収入以外の収入がある(例：年金収入等)場合は、ここには✓せず、下欄の該当箇所全てに✓ください。  |
| <input type="checkbox"/> 申請被扶養者は「給与収入以外の収入がある」                        | 必ずいずれかに✓ください  |
| <input checked="" type="checkbox"/> パート・アルバイト                         | 労働条件通知書等、労働契約の内容がわかる書類(写)<br>(※就労開始日、時給、日給、交通費、勤務時間、勤務日数、社保加入有無の記載があり、年間収入の計算できるもの)   |
| <input checked="" type="checkbox"/> 年金受給の方(私的年金含む)                    | 高齢・遺族・寡婦・障害・企業・個人年金に該当する直近の「年金振込通知書」又は「年金額改定通知書」  |
| <input type="checkbox"/> 生業給付以外の手当                                    | 該当する全ての年金の書類を提出ください   |
| <input type="checkbox"/> その他  | 原則、労働契約の内容がわかる書類をご提出ください<br>※労働契約の内容がわかる書類のみでは、年間収入が計算できない場合は、補足で記載いただくなど、年間収入が計算できるようにご提出ください。<br>※労働契約の内容がわかる書類がない場合は、勤務先が発行する「総収入(非課税交通費含む)見込み証明書」をご提出ください |

今回の申請内容に相違ありません。  
事実と相違した内容があった場合は、被扶養者と  
必ず被保険者が自署で記載ください

申請日: 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 被保険者(自署) **健保 太郎**