

# 扶 養 理 由 書 《記入例》

記入日 ○○年○○月○○日

|  |  |  |   |   |    |               |
|--|--|--|---|---|----|---------------|
| 扶<br>養<br>加<br>入<br>希<br>望<br>者<br>の<br>状<br>況   | 住 所  | ○○県○○市○○町111   |   |   |    |               |
|  | 氏 名  | 健保 花子  | 被保険者との続柄  | 配偶者   |    |               |
|  |  |  | 配偶者の有無  | <input checked="" type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 ( <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 ) |    |               |
|  | 生年月日   | ○○年 ○○月 ○○日生 (○○歳)   |   |   |    |               |
|  | 扶養者として申請する理由(詳しく記入)  | 仕事を退職し失業給付を受給していたが、受給を終了した。今後、仕事をする予定がなく収入がない。   |   |   |    |               |
|  | 現在の状況  | <input checked="" type="checkbox"/> 無職<br><input type="checkbox"/> パート、アルバイト<br><input type="checkbox"/> 年金受給者<br><input type="checkbox"/> 出産予定(予定日 年 月頃)<br><input type="checkbox"/> その他( )   |   |   |    |               |
|  | 現在加入している健康保険   | <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会<br><input type="checkbox"/> 健康保険組合 (健康保険組合名 )<br><input type="checkbox"/> 任意継続保険<br><input type="checkbox"/> 共済組合<br><input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険 市区町村名 (○○市 )<br><input type="checkbox"/> 家族の扶養 (家族の続柄 )<br><input type="checkbox"/> 未加入 ( 年 月 日から未加入 ) |   |   |    |               |
|  | 退職による申請の場合のみ記入   | 退職日  | 令和 ○○年 ○○月 ○○日  |   |    |               |
|  |  | 退職理由   | <input type="checkbox"/> 定年<br><input checked="" type="checkbox"/> 自己都合<br><input type="checkbox"/> 会社都合  |   |    |               |
|  |  | 雇用保険の失業給付について  | <input type="checkbox"/> 受給権はあるが、受給しない。<br><input type="checkbox"/> 給付待機期間又は受給制限期間中<br><input type="checkbox"/> 受給手続き中又は受給中(受給日額: 円)<br><input checked="" type="checkbox"/> 受給終了 終了日 ○○年 ○○月 ○○日<br><input type="checkbox"/> 延長手続中<br><input type="checkbox"/> 受給権無し(理由 ) |   |    |               |
| 同居・別居  | <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と同居 <input type="checkbox"/> 被保険者と別居   |  |   |   |    |               |
| 今後1年間の収入見込み  | <input checked="" type="checkbox"/> 無収入<br><input type="checkbox"/> 給与収入 年額 _____ 円<br><input type="checkbox"/> 年金収入 (年金種類 _____) 年額 _____ 円<br><input type="checkbox"/> 農業収入 年額 _____ 円<br><input type="checkbox"/> 自営業収入 年額 _____ 円<br><input type="checkbox"/> その他の収入 ( _____) 年額 _____ 円 |  |   |   |    |               |
| 記<br>入<br>加<br>入<br>希<br>望<br>者<br>が<br>別<br>居<br>の<br>場<br>合<br>の<br>み<br>(<br>配<br>偶<br>者<br>・<br>学<br>生<br>は<br>除<br>く<br>) | 仕送り額   | 月額 _____ 円   |   |   |    |               |
|  | 別居の理由  |  |   |   |    |               |
|  | 加入希望者が同居する者がいる場合   | 氏名   | 続柄  | 年齢  | 職業 | 年間収入(見込)額 (円) |
|  |  |  |   |   |    |               |
|  |  |  |   |   |    |               |
| 年間収入(見込)額合計  |  |  |   |   |    |               |

■注意■ 提出書類一覧表(健保組合HPに掲載)より該当する書類の添付が必要です