

健康保険 被扶養者現況届

1/2

※申請者1名につき1枚ずつご記入ください(記入漏れがあると審査に時間がかかりますので、もれなくご記入ください)

新電元工業健康保険組合御中 年 月 日 提出

下記の申告に事実と相違があった場合、被扶養者認定日に遡って被扶養者の資格を削除していただくとともに、医療費、保険給付金等、全額返済致します。

記号 _____ 番号 _____ 氏名 (被保険者) _____

| | | | | | |
|--------------|---|-------|-----|----|----|
| 申請対象者 | 氏名 | 生年月日 | 性別 | 続柄 | 職業 |
| | | 年 月 日 | 男・女 | | |
| | | () 歳 | | | |
| 被保険者と | 同居・別居 (単身赴任・就学・施設入所・自己都合) | | | | |
| | 【添付書類】 就学: 在学証明書 施設入所: 入所許可書 自己都合: 送金証明※①裏面参照 | | | | |
| 申請対象者の配偶者の有無 | 有・無 (未婚・離別・死別) | | | | |

| 申請対象者の家族について | 氏名 | 続柄 | 満年齢 | 配偶者の有無 | 職業 | 収入/月 | 申請対象者への援助額 | 同居・別居 |
|------------------------|----|----|-----|--------|----|------|------------|-------|
| | | | | 有・無 | | 円 | 円 | 同・別 |
| | | | | 有・無 | | 円 | 円 | 同・別 |
| | | | | 有・無 | | 円 | 円 | 同・別 |
| | | | | 有・無 | | 円 | 円 | 同・別 |
| | | | | 有・無 | | 円 | 円 | 同・別 |
| 【同居・別居を問わず、家族全員について記入】 | | | | | | | | |

申請理由 (該当するものに○)

結婚(婚姻日)・退職(退職日)・収入減少(いつから)・被保険者入社・その他 ※()は事由発生日

その他の理由を詳しく記入

事由発生日 年 月 日

(申請対象者)現在の保険加入状況 国保・任意継続・左記以外()・未加入

| | | | | |
|-------------------------------------|----------------------|-----------------------|--------------------------------------|-----------------|
| 雇用保険について | 雇用保険の加入 | 有・無 無の場合は雇用保険未加入証明書添付 | | |
| | 離職票の発行 | 有・無 | | |
| | 失業手当手続き状況 (該当するものに○) | | | |
| | 受給中 | 受給待機中 | 受給終了 | 受給の意思なし(受給延長含む) |
| 【添付書類】 | 【添付書類】 | 【添付書類】 | 裏面下部 | |
| 受給資格者証前頁写し | 離職票1・2 写し | 受給資格者証全頁写し | 「雇用保険受給辞退理由書」記入 | |
| ●日額3,612円未満、60歳以上または障害年金受給が5,000円未満 | 申請済みの場合は受給資格者証全頁写し | ●全頁写し、「支給終了」の印字があるもの | ●受給延長の場合は裏面記入+「雇用保険受給期間延長通知書」のコピーの提出 | |

| 収入の種類 | 該当項目 | 収入の有無 | 収入金額(月額/税込) | 【添付書類】すべて写し |
|-----------------------------|--|-------|-------------|----------------|
| 給与収入 | 会社等で働いている | 有・無 | 円/月 | 給与及び賞与明細・収入証明等 |
| 事業収入 | 自営・農業・漁業・林業等 | 有・無 | 円/月 | 確定申告書・収支内訳書等 |
| 年金収入 | 公的年金(老齢・厚生・共済・遺族・障害年金等) 企業年金・恩給・その他 | 有・無 | 円/月 | 年金振込通知書・改定通知書等 |
| 保険給付金 | 傷病手当金等 | 有・無 | 円/月 | 支払決定通知書等 |
| その他所得 | | 有・無 | 円/月 | 明細がわかるもの |
| 合計額が基準に満たない場合は認定出来ません※②裏面参照 | | 合計 | 円/月 | |

20210520

- その他、申請にあたり特筆する事項がある場合は記入してください

()

- 表面補足事項

※① 別居家族への送金について

直近3ヶ月分の”振込明細書””ご利用明細書”のコピーが必要です
→依頼人・受取人・送金額・送金日が1枚で確認出来るもの(手渡し不可)

※② 扶養基準について

【60歳未満】

月収108,334円未満かつ年収130万円未満
失業給付・傷病手当金・出産手当金は、日額3,612円未満

【60歳以上および障がい者】

月収150,000円未満かつ年収180万円未満
失業給付・傷病手当金・出産手当金は、日額5,000円未満

| |
|--|
| 年 月 日 |
| 新電元工業健康保険組合御中 |
| 被保険者氏名 _____ |
| 雇用保険受給辞退理由書 |
| <p>(被扶養者氏名) _____ は、下記理由により雇用保険失業給付の受給を辞退しますので、被扶養者として申請いたします。</p> <p>尚、将来失業給付を受給する場合は、直ちに被扶養者から削除いたします。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>※該当する番号(1~6)を○で囲んでください</p> <p>1. 出産に伴う退職のため</p> <p>2. 病気に伴う退職のため</p> <p>3. 受給資格がないため(雇用保険被保険者期間が短い)</p> <p style="padding-left: 40px;">在職期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日</p> <p>4. 受給期間がないため(雇用保険未加入)</p> <p>5. 求職活動しないため(就業の意思がないもの)</p> <p>6. その他(理由を下欄にご記入ください)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 500px; margin: 10px auto;"></div> <p style="text-align: right;">以上</p> |