

扶 養 事

★ 18歳以上

記 号	番 号	被保険者氏名
4045		
事業所名	独立行政法人地域医療機能推進機構 徳山中央病院	

1. 対象被扶養者について

扶養対象者氏名	続柄	年齢	住居区分
			同居 ・ 別居

扶養申請することになった理由を詳細に記入してください。

採用

2. 健康保険の加入状況について

① 扶養認定対象者の方が、今まで加入していた(現在加入している)健康保険の種類

a. 国民健康保険	b. 健康保険組合、協会けんぽ、共済組合等の被保険者
c. 任意継続保険	d. 健康保険組合、協会けんぽ、共済組合等の被扶養者

② 上記健康保険の資格の有無

a. 資格喪失している(令和 年 月 日 資格喪失)	b. 現在加入中
---	----------

3. 退職後の給付金の受給について

① 雇用保険の受給

a. 受給する

・ 給付制限期間中と日額が3,611円以下の場合のみ認定。

・ 日額が3,611円超える場合は、給付制限期間中のみ認定。

受給開始後、速やかに扶養削除の手続きをする。

b. 受給中（支給日額 円）

c. 受給しない（理由 ）

d. 受給終了（終了日 令和 年 月 日）

e. 受給資格なし

② 傷病手当金の受給

a. なし b. あり（支給日額 円）

4. 別居している方

① 申請者の兄弟、姉妹の有無（扶養認定対象者以外）	
a. いる	b. いない
(兄	人・弟 人・姉 人・妹 人)
② 生活費の仕送り(援助)額（月額 円）	
③ 仕送り方法	
a. 銀行、郵便振込	b. 現金書留 c. その他（ ）
※現金手渡しや口座引き落としは認められません	

5. 今現在の収入について

① 給与収入			
a. あり	b. なし		
ア. パート・アルバイト		イ. その他（	）
		月 収 入 額	円
		賞 与	円
		★年 間	円
② 年金、恩給等収入（受給しているものすべて記入）			
a. あり	b. なし		
ア. 国民年金	円/年間	オ. 障害年金	円/年間
イ. 厚生年金	円/年間	カ. 企業年金	円/年間
ウ. 共済年金	円/年間	キ. その他（恩給等）	円/年間
エ. 遺族年金	円/年間	★ア～キの合計	円/年間
③ 自営業収入（農業・不動産・講演料・印税等含む）			
a. あり	b. なし		
事業内容（		）	
		★年 間	円
④ その他の収入			
a. あり	b. なし		
『		』収入が、★年間	円
⑤ ①～④の年間収入合計（★）		年 間	円

6. 誓約

上記申請内容に相違ありません。

なお、事実と相違した内容があった場合には、被扶養者認定日に遡って資格を取り消し、保険給付の返還をすることに異存ありません。

また、被扶養者の認定基準から外れた場合には、直ちに扶養削除の手続きをいたします。

被保険者氏名

備考

扶 養 事 情 書 (B)

★ 高校生以下および18歳以上の学生の子

被保険者の記号・番号				被保険者氏名	事 業 所 名
記 号	4045	番 号			独立行政法人地域医療機能推進機構 徳山中央病院

扶養対象者氏名	続柄	年齢	扶養対象者氏名	続柄	年齢	扶養対象者氏名	続柄	年齢
扶養申請することになった理由を詳細に記入してください。 採用			扶養申請することになった理由を詳細に記入してください。			扶養申請することになった理由を詳細に記入してください。		
被保険者の配偶者の有無 a. 有 b. 無 被保険者の配偶者の健康保険について a. 他の健康保険の被保険者 b. 当健康保険組合の被保険者 (記号 番号) c. 当健康保険組合の被扶養者 対象被扶養者について a. 大学生 b. 高校生 c. 中学生 d. 小学生 e. 幼児 f. その他 () 1 8 歳以上の学生の方 アルバイト等の収入について a. なし b. あり (月額収入 円)			被保険者の配偶者の有無 a. 有 b. 無 被保険者の配偶者の健康保険について a. 他の健康保険の被保険者 b. 当健康保険組合の被保険者 (記号 番号) c. 当健康保険組合の被扶養者 対象被扶養者について a. 大学生 b. 高校生 c. 中学生 d. 小学生 e. 幼児 f. その他 () 1 8 歳以上の学生の方 アルバイト等の収入について a. なし b. あり (月額収入 円)			被保険者の配偶者の有無 a. 有 b. 無 被保険者の配偶者の健康保険について a. 他の健康保険の被保険者 b. 当健康保険組合の被保険者 (記号 番号) c. 当健康保険組合の被扶養者 対象被扶養者について a. 大学生 b. 高校生 c. 中学生 d. 小学生 e. 幼児 f. その他 () 1 8 歳以上の学生の方 アルバイト等の収入について a. なし b. あり (月額収入 円)		

誓 約

上記申請内容に相違ありません。

なお、事実と相違した内容があった場合には、被扶養者認定日に遡って資格を取り消し、保険給付の返還をすることに異存ありません。

また、被扶養者の認定基準から外れた場合には、直ちに扶養削除の手続きをいたします。

被保険者氏名 _____

備 考