

令和 年 月 日

健康保険

被扶養者届(異動届) (増・減)

常務理事	事務長	事務長補佐	係長(主査)	係

被 保 險 者 欄	記号	4045	氏名				男 ・ 女	生年月日	昭和 平成	年 月 日生
	番号									
	勤務する事業所の名称			資格取得年月日	令和 年 月 日				標準報酬月額	※ 千円
	独立行政法人地域医療機能推進機構 徳山中央病院			住民票住所	〒 - 都道府県					
				居所住所 住民票と異なる場合のみ	〒 - 都道府県					

被 扶 養 者 欄 1	被扶養者の氏名 (フリガナ)	性別 男 ・ 女	個人番号 生年月日		続柄	職業	月平均 収入額	(増の場合) 扶養始めた事由 と年月日	(減の場合) 扶養しなくなった事由 と年月日	※ 認定日 削除日	
			生	年							月
	住民票住所	〒 - 都道府県									
	居所住所 住民票と異なる場合のみ	〒 - 都道府県									
被 扶 養 者 欄 2	(フリガナ)	男 ・ 女 昭 平 令						採用 令和	資格確認書 発行要否 令和	必要 <input type="checkbox"/>	令和
			住民票住所	〒 - 都道府県							
			居所住所 住民票と異なる場合のみ	〒 - 都道府県							
被 扶 養 者 欄 3	(フリガナ)	男 ・ 女 昭 平 令						資格確認書 発行要否 令和	必要 <input type="checkbox"/>	令和	
			住民票住所	〒 - 都道府県							
			居所住所 住民票と異なる場合のみ	〒 - 都道府県							

(裏面の注意事項をよく読んでから記入してください。)

受付日付印

扶養事情書 (A)

★ 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
- イ. 厚生年金 円/年間
- ウ. 共済年金 円/年間
- エ. 遺族年金 円/年間
- オ. 障害年金 円/年間
- カ. 企業年金 円/年間
- キ. その他(恩給等) 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有無 a. 有 b. 無	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 ()	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 ()	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 ()			
18歳以上の方 アルバイト等の収入について a. なし b. あり (月額収入 円)	18歳以上の方 アルバイト等の収入について a. なし b. あり (月額収入 円)	18歳以上の方 アルバイト等の収入について a. なし b. あり (月額収入 円)	a. なし b. あり (月額収入 円)	a. なし b. あり (月額収入 円)	a. なし b. あり (月額収入 円)	a. なし b. あり (月額収入 円)			

誓 約

備 考

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
