

## 認定申請対象家族の状況届 (配偶者用)

扶養認定に基づく重要な書類です。太線内をすべて記入し、必要書類を添付のうえ提出してください。

- ・必要書類は原則すべて原本（発行から3ヶ月以内）の提出であること。但し一部については写し（全面）での提出可とする。
- ・その他必要に応じて他の書類の提出を求める場合がある。

### ① 申請対象者

|                                                                                                                           |    |       |                                                       |                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 記号                                                                                                                        | 番号 | 被保険者名 |                                                       |                                                         |
|                                                                                                                           |    |       |                                                       |                                                         |
| 必要書類                                                                                                                      |    |       |                                                       |                                                         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・世帯全員記載の住民票（同居・別居それぞれ続柄記載がある最新のもの）</li> <li>・所得証明書（最新のもの）</li> <li>・誓約書</li> </ul> |    |       |                                                       |                                                         |
| 申請対象者名                                                                                                                    |    | 年齢    | 続柄                                                    | 同居／別居                                                   |
|                                                                                                                           |    | 歳     | <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 |

### ② 申請理由

|                                                                                                                                                               |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 申請理由                                                                                                                                                          |             |
| <input type="checkbox"/> 被保険者の資格取得<br>[ <input type="checkbox"/> 入社 <input type="checkbox"/> 再雇用 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 特例退職] |             |
| <input type="checkbox"/> 退職                                                                                                                                   |             |
| <input type="checkbox"/> 廃業（廃業日： 年 月 日）                                                                                                                       | 必要書類・廃業届の写し |
| <input type="checkbox"/> 失業等給付の受給終了                                                                                                                           |             |
| <input type="checkbox"/> 就労、収入状況の変化                                                                                                                           |             |
| <input type="checkbox"/> 被保険者との婚姻（婚姻日： 年 月 日）                                                                                                                 |             |
| <input type="checkbox"/> その他（ )                                                                                                                               | 必要書類・内容による  |

### ③ 申請対象者が今まで加入していた健康保険等

|                                                                                                                                               |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 直前の健康保険の種類                                                                                                                                    |  |
| <input type="checkbox"/> 他の健康保険、共済保険<br>[ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族]（喪失日 年 月 日）<br>[ 健保・共済・協会けんぽ ]<br>↑○をつけて下さい |  |
| <input type="checkbox"/> 任意継続 [ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 ]（喪失日 年 月 日）                                          |  |
| <input type="checkbox"/> 国民健康保険 [ 国保 ]                                                                                                        |  |
| <input type="checkbox"/> 無保険（ 年 月 日から）                                                                                                        |  |
| <input type="checkbox"/> その他（ )                                                                                                               |  |

### ④ 別居の場合の送金状況

|                                           |                                                               |    |                                                                            |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------------------------|
| 別居の理由                                     | <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> その他（ ) |    |                                                                            |
| ※その他に <input type="checkbox"/> の場合は下記も記入↓ |                                                               |    |                                                                            |
| 仕送り額                                      | 毎月                                                            | 万円 | 必要書類<br>・直近3ヶ月分の仕送り証明書（銀行の振込記録の控え等）の写し<br>・被保険者と申請対象者の続柄が確認できるもの（戸籍謄本等の原本） |
| 仕送り方法                                     | <input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 自動送金   |    |                                                                            |

### ⑤ 申請対象者の収入と職歴の状況（すべて記入してください）

| 収入の種類     | 収入の内容                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 必要書類                       |
|-----------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 勤務による収入   | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり（ 円/月、 円/年）<br><input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 正社員・契約社員 <input type="checkbox"/> 派遣<br><input type="checkbox"/> その他（ )<br>●勤務先で健康保険に加入できない理由<br>（ )                                                                                                                                                         | ・直近3ヶ月分（原則1～末日勤務）の給与明細書の写し |
| 年金収入      | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり（ 円/年）<br><input type="checkbox"/> 高齢・退職 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 企業年金<br><input type="checkbox"/> 個人年金 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> その他（ )<br>●60歳以上の方で現在年金を受給していない場合<br><input type="checkbox"/> 歳より受給予定<br><input type="checkbox"/> 今後も受給予定はない（理由： ) | ・直近の年金振込通知書の写し             |
| 社会保険の給付   | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり（ 円/給付日額）<br><input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> 労災保険の休業補償                                                                                                                                                                                                                           | ・支給額を証明するもの                |
| 雇用保険失業等給付 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり（ 円/給付日額）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ・受給資格者証の写し                 |
| 事業（自営業）収入 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり（ 円/年）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ・直近の確定申告書の写し<br>・収支内訳書の写し  |
| その他の収入    | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり（ 円/年）<br><input type="checkbox"/> 不動産 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 配当金<br><input type="checkbox"/> その他（ )                                                                                                                                                                                                      | ・直近の確定申告書の写し               |

⑥ 申請対象者の過去2年間の就業状況および雇用保険の加入状況

現在就業している     
  以前は就業していたが、現在は就業していない     
  過去2年間1度も就業していない

※過去2年間に就業歴がある(現在就業中も含む)場合は下記も記入↓ ※4ヶ所以上の勤務先がある場合は特記事項欄に記入

| 勤務先                                | 就労期間                                                                            | 雇用保険加入および失業等給付受給状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 名称 _____<br>所在地 _____<br>TEL _____ | 年 月 日<br>~<br>年 月 日<br><input type="checkbox"/> 在職中 <input type="checkbox"/> 退職 | <input type="checkbox"/> 加入中<br><input type="checkbox"/> 未加入<br><input type="checkbox"/> 加入していた → <input type="checkbox"/> 受給予定<br><input type="checkbox"/> 受給終了<br><input type="checkbox"/> 受給しない<br><input type="checkbox"/> 受給延長 → <input type="checkbox"/> 出産・育児<br><input type="checkbox"/> 傷病<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) |
| 名称 _____<br>所在地 _____<br>TEL _____ | 年 月 日<br>~<br>年 月 日<br><input type="checkbox"/> 在職中 <input type="checkbox"/> 退職 | <input type="checkbox"/> 加入中<br><input type="checkbox"/> 未加入<br><input type="checkbox"/> 加入していた → <input type="checkbox"/> 受給予定<br><input type="checkbox"/> 受給終了<br><input type="checkbox"/> 受給しない<br><input type="checkbox"/> 受給延長 → <input type="checkbox"/> 出産・育児<br><input type="checkbox"/> 傷病<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) |
| 名称 _____<br>所在地 _____<br>TEL _____ | 年 月 日<br>~<br>年 月 日<br><input type="checkbox"/> 在職中 <input type="checkbox"/> 退職 | <input type="checkbox"/> 加入中<br><input type="checkbox"/> 未加入<br><input type="checkbox"/> 加入していた → <input type="checkbox"/> 受給予定<br><input type="checkbox"/> 受給終了<br><input type="checkbox"/> 受給しない<br><input type="checkbox"/> 受給延長 → <input type="checkbox"/> 出産・育児<br><input type="checkbox"/> 傷病<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) |

必要書類

|      |                |                                   |
|------|----------------|-----------------------------------|
| 在職中  | ・⑤の必要書類参照      |                                   |
| 退職後  | 雇用保険未加入        | ・退職証明書(在職時の雇用保険加入状況が記載されているものに限る) |
|      | 受給予定           | ・離職票2または受給資格者証                    |
|      | 受給終了           | ・受給資格者証の写し(両面)                    |
|      | 受給しない          | ・離職票2または資格喪失確認通知書(受給権が発生しない時に限る)  |
| 受給延長 | ・離職票2または受給資格者証 |                                   |

⑦ 他の制度(市町村等)からの医療費助成の受給状況

※認定後の給付金決定時に必要な情報となります。助成を受けているにもかかわらず、健保に申告せず保険給付を受けると後日給付金を返還していただくことになります。

|                                                                   |                                                                                                         |                                         |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 受給している<br><input type="checkbox"/> 受給手続中 | <input type="checkbox"/> 老人医療助成 <input type="checkbox"/> 障がい者医療助成<br><input type="checkbox"/> その他(医療助成) | 必要書類<br>・医療受給者証の写し<br>※手続中・手続予定の場合は後日提出 |
| <input type="checkbox"/> 受給手続予定                                   | <input type="checkbox"/> 保険証発行後手続予定 <input type="checkbox"/> その他( 年 月 手続予定)                             |                                         |
| <input type="checkbox"/> 受給していない                                  |                                                                                                         |                                         |

特記事項

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

被保険者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

## § 誓 約 書 §

被保険者および認定申請対象者は、下記のとおり誓約いたします。  
 なお、誓約内容に反した場合は、認定日に遡って資格を取り消されても一切の異議申し立てはいたしません。  
 またその場合、当該期間中に受けた保険給付および保健事業費等を全額速やかに返還いたします。

### 記

| * 内 容 *                                                                                                                   | チェック欄                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1. 被保険者の収入により生計を維持しています。                                                                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 2. 申請対象者の年収は130万円未満かつ1ヶ月の収入は108,330円を超えません。<br>(60歳以上および障害年金受給者等は130万円→180万円、108,330円→150,000円)                           | <input type="checkbox"/> |
| 3. 申請対象者の年収は被保険者の年収の2分の1を超えません。                                                                                           | <input type="checkbox"/> |
| 4. 認定後に異動が生じ、扶養基準に適合しなくなる場合、速やかに被扶養者の資格抹消等の手続きを行います。<br>※雇用保険失業給付の受給開始、就職、収入が認定基準額を超過（各種年金の受給開始や増額、パート収入や自営業およびその他収入増加など） | <input type="checkbox"/> |
| 5. 上記4の手続きが遅れたことにより、その期間に当健康保険組合が医療機関等に支払った医療費全額、その他付加給付の返還請求を受けた場合は速やかに返金します。                                            | <input type="checkbox"/> |

以上

#### ◆関連条文（健康保険法）

第58条1項 偽りその他不正の行為によって保険給付を受けた者があるときは、保険者（健康保険組合）は、その者からその給付の価額の全部又は一部を徴収することができる。

第197条2項 保険者（健康保険組合）は、厚生労働省令で定めるところにより、被保険者（日雇特例被保険者であった者を含む。）又は保険給付を受けるべき者に、保険者又は事業主に対して、この法律の施行に必要な申出若しくは届出をさせ、又は文書を提出させることができる。

阪急阪神健康保険組合理事長 殿

年 月 日

健保番号 記号： \_\_\_\_\_ 番号： \_\_\_\_\_

被保険者名（自署）： \_\_\_\_\_ (印)

認定申請対象者名： \_\_\_\_\_