

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 ※申請対象者が未就学児、学生(学校教育法に定めがある学校の学生)は記入不要

<input type="checkbox"/> 現在就業している <input type="checkbox"/> 以前は就業していたが、現在は就業していない <input type="checkbox"/> 過去2年間1度も就業していない <small>※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! ※3ヶ所以上の勤務先がある場合は特記事項欄に記入</small>			
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 _____ 所在地 _____ TEL _____ <input type="checkbox"/> 在職中 <input type="checkbox"/> 退職	年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 在職中 <input type="checkbox"/> 退職	<input type="checkbox"/> 加入中 <input type="checkbox"/> 受給しない <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 受給終了 <input type="checkbox"/> 加入していた → <input type="checkbox"/> 受給予定 <input type="checkbox"/> 受給延長 → <input type="checkbox"/> 出産・育児 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> その他 ()	
名称 _____ 所在地 _____ TEL _____ <input type="checkbox"/> 在職中 <input type="checkbox"/> 退職	年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 在職中 <input type="checkbox"/> 退職	<input type="checkbox"/> 加入中 <input type="checkbox"/> 受給しない <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 受給終了 <input type="checkbox"/> 加入していた → <input type="checkbox"/> 受給予定 <input type="checkbox"/> 受給延長 → <input type="checkbox"/> 出産・育児 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> その他 ()	
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)
		受給しない	・離職票2または資格喪失確認通知書(資格喪失確認通知書は受給権が発生しない時に限る)
		受給終了	・受給資格者証の写し(両面)
	受給予定・受給延長	・離職票2または受給資格者証	

⑦ 申請対象者の配偶者の状況 ※申請対象者が婚姻できる年齢に達していない場合は記入不要

<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 同時に申請中 <input type="checkbox"/> 既に被扶養者 <input type="checkbox"/> 他の健康保険に加入中	<input type="checkbox"/> 被保険者 [<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 国保] <input type="checkbox"/> 被扶養者 [どの被扶養者ですか ()]	必要書類 他の健康保険に加入中に <input type="checkbox"/> の場合は ・配偶者の所得証明書 ・配偶者の直近の年金振込通知書の写し
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 (年 月) <input type="checkbox"/> 死別 (年 月 日)	遺族年金 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 手続中 (年 月 受給予定) <input type="checkbox"/> なし → <input type="checkbox"/> 自営業だった <input type="checkbox"/> 加入期間不足 <input type="checkbox"/> その他 ()	遺族年金 ・あり <input type="checkbox"/> の場合は直近の年金振込通知書の写し ・手続中 <input type="checkbox"/> の場合は年金の裁定通知書の写し

⑧ 被保険者(あなた)の配偶者の状況 ※申請対象者が別居の父母,別居の祖父母,別居の弟妹の場合は記入不要

<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 同時に申請中 <input type="checkbox"/> 既に被扶養者 <input type="checkbox"/> 被保険者より収入が少ない <input type="checkbox"/> 勤労収入(月 _____ 円、年 _____ 円) <input type="checkbox"/> その他収入(月 _____ 円、年 _____ 円) <input type="checkbox"/> 別居中(理由: _____)	<input type="checkbox"/> 給与収入者 <input type="checkbox"/> 自営業者 勤務先 名称 _____ 住所 _____ TEL _____	必要書類 被保険者より収入が少ないに <input type="checkbox"/> の場合は ・被保険者の配偶者の所得証明書 ・直近の確定申告書の写し (給与以外の収入がある場合)
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 離婚 (年 月) <input type="checkbox"/> 死別 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 未婚	養育費 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(月 _____ 円、年 _____ 円)	

⑨ あなた(被保険者)以外の扶養義務者 (例:父または母を扶養→申請対象者の配偶者,あなたの兄弟姉妹,兄弟姉妹を扶養→父母,申請対象者とあなた以外の兄弟姉妹等)

あなたからみた続柄	申請対象者への援助額	申請対象者と同居/別居	扶養できない理由	必要書類
例) 弟	月額約 2 万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	私より仕送りが少額のため	同居 <input type="checkbox"/> の場合 ・その扶養義務者の所得証明書
	月額約 _____ 万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
	月額約 _____ 万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		

⑩ 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 <input type="checkbox"/> 受給手続中 <input type="checkbox"/> 受給手続予定 <input type="checkbox"/> 受給していない	<input type="checkbox"/> 老人医療助成 <input type="checkbox"/> 障がい者医療助成 <input type="checkbox"/> 子ども医療助成/子ども医療証 (年 月 まで) <input type="checkbox"/> ひとり親家庭医療助成 <input type="checkbox"/> その他 (_____ 医療助成) <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)	必要書類 ・医療受給者証の写し ※手続中・手続予定の場合は後日提出
--	--	---

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。 (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。 ※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： _____