

扶養申請者の状況報告書

※この報告書は、被保険者が日本語で扶養申請日現在の状況を自筆で記入して下さい。

日本語での記入が難しい場合は、外国語で記入し、翻訳者の署名がされた日本語の翻訳文を添付して下さい。

※□にチェックし、必要事項を記入して下さい。

※0歳から15歳(義務教育の方)は、4.6の記入は不要です。

1.申請対象者の氏名、年齢、続柄、配偶者の有無										
氏名			年齢		続柄		配偶者(配偶者、未成年は記入不要)			
			歳				<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し(<input type="checkbox"/> 未婚、 <input type="checkbox"/> 離婚、 <input type="checkbox"/> 死別)			
2.扶養申請する具体的な理由(例:被保険者の資格取得のため。妻が〇年〇月〇日退職のため。等)										
3.申請対象者が扶養申請日現在加入している健康保険の種類										
<input type="checkbox"/> 国民健康保険										
<input type="checkbox"/> 退職後の任意継続 (<input type="checkbox"/> 被保険者(*1)・ <input type="checkbox"/> 被扶養者) (*1)任意継続の被保険者は、二重加入となるため扶養認定されません。										
<input type="checkbox"/> 国保・任意継続以外 (<input type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 被扶養者) で (<input type="checkbox"/> 組合健保・ <input type="checkbox"/> 協会けんぽ・ <input type="checkbox"/> 共済組合・ <input type="checkbox"/> 国保組合・ <input type="checkbox"/> 船員保険) に加入中										
<直近に加入していた健康保険について下記に記入>										
<input type="checkbox"/> 未加入⇒ (<input type="checkbox"/> 一般・ <input type="checkbox"/> 任意継続) の (<input type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 被扶養者) で (<input type="checkbox"/> 組合健保・ <input type="checkbox"/> 協会けんぽ・ <input type="checkbox"/> 共済組合・ <input type="checkbox"/> 国保組合・ <input type="checkbox"/> 船員保険) に加入していたが、(令和 年 月 日)に資格喪失している。										
4.申請対象者の就労状況(扶養申請日の前年1月1日～現在の就労状況について) ※上から現在⇒過去順に記入										
【現在】 <input type="checkbox"/> 就労有り <input type="checkbox"/> 就労無し 【前年1月1日以降】 <input type="checkbox"/> 就労有り <input type="checkbox"/> 就労無し										
前年1月1日～現在の就労先全て	勤務先の名称		雇用保険加入		就労期間					
			<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し		昭・平・令 年 月 日 ~ 令 年 月 日 現在					
	勤務先の名称		雇用保険加入		就労期間					
		<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し		昭・平・令 年 月 日 ~ 令 年 月 日						
勤務先の名称		雇用保険加入		就労期間						
		<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し		昭・平・令 年 月 日 ~ 令 年 月 日 過去						
5.被保険者と申請対象者の状況、扶養申請日以降の年間収入(12か月間)見込、被保険者との同別居										
氏名		年齢	職業 (学生は学生と記入)	年間収入見込金額(円)				同別居	居住地	
				給与	年金	事業	その他		日本国内:都道府県、市区町村 海外:国名、州、省	
				↓該当番号を記入	↓該当番号を記入					
被保険者										
申請対象者								同・別		
上記5欄の年金収入、事業収入左欄に下記の該当番号を記入して下さい。										
[年金] ①国民年金、②厚生年金、③遺族年金、④障害年金、⑤恩給、⑥その他 ()										
[事業] ①事業収入、②不動産収入、③利子収入、④株配当収入、⑤その他 ()										
申請対象者の収入種類について(収入がある方)										
<input type="checkbox"/> 給与収入のみ <input type="checkbox"/> 給与収入以外に他の収入(年金収入や事業収入等)がある <input type="checkbox"/> 給与収入以外の収入(年金や事業収入等)のみ										

【裏面もご記入ください。】

6.申請対象者の雇用保険の失業給付(求職者給付)の状況

(扶養申請日の過去3年前～現在の雇用保険の加入状況について)

- 加入期間有り 加入期間なし

↓ 扶養申請日時点の状況

- ① 失業給付を受給しない
 ② 失業給付を受給予定又は受給中
 ③ 失業給付を受給延長手続き予定
 ④ 失業給付を受給延長中
 失業給付の受給終了
 失業給付の受給資格なし

①②③④に該当する方は下記の内容を確認してください。
 (①が含まれている理由は、状況に変更があり受給開始する場合があります。)

失業給付(雇用保険の求職者給付)を受給開始し、基本手当日額が、日額限度額を超過した場合は、受給開始日をもって被扶養者削除の手続きを行います。受給開始日以降にかかった医療費、給付金等の全額が明治グループ健康保険組合に返還いたします。

7.申請対象者に被保険者以外で生計援助をしている方

- いる いない

援助者の氏名	年齢	続柄	住所	援助額 月額(円)

8.申請対象者と被保険者との同別居と送金

- 同居 別居 ⇒別居理由 被保険者が業務上の単身赴任 (別居理由)
 業務上の単身赴任以外

別居理由が”業務上の単身赴任以外”の場合は、被保険者から申請対象者への送金について

- 送金している 送金していない } ⇒送金事実が証明出来ないため、扶養認定されません。
 手渡ししている

送金方法 送金 その他(具体的に)

送金頻度 毎月(月額 円) 年間 回(1回あたりの送金額 円)

送金金額 年額 円

- ・送金を証明できる書類が無い場合は、送金事実が確認できないため扶養認定されません。
- ・被保険者から申請対象者への送金日時、送金額が明確に分かる書類が必要です。
- ・同一口座内での入出金、手渡しは送金とは認められません。
- ・被保険者以外の扶養義務者と扶養申請対象者が同居している場合は、同居している方が優先的な扶養義務者となります。また、複数の親族が生計費を援助している場合は、独立生計とみなします。

9.誓約書

明治グループ健康保険組合理事長殿

上記に虚偽の内容があった場合には、扶養認定日に遡り扶養者の認定取り消しをされても異議はありません。認定基準を満たさなくなった日(事由発生日)以降に、貴組合が負担した医療費等は、全額返還します。就職した場合や扶養要件を満たさない場合は、速やかに被扶養者削除の手続きをします。

令和 年 月 日(扶養申請日以降に記入してください。)

記号 番号 被保険者氏名(署名)

提出する前に、記入漏れがないか確認をしてください。