

扶養事実申立書

被保険者等記号・番号 _____ 被保険者氏名 _____
 認定対象者の氏名 _____ 続柄(例:長男、長女等) _____
 生年月日 昭・平・令 年 月 日 同居・別居の区分 同居・別居

別居の場合記入してください

別居の理由 _____

送金方法 現金書留・銀行送金 金額 円/(月額)

※送金金額を確認できる書類を添付(手渡しは仕送りとは認めていません。)

[家族構成]

氏名	続柄	職業	同居別居の区分	1ヵ月の収入額
_____	_____	_____	同・別	円
_____	_____	_____	同・別	円
_____	_____	_____	同・別	円

1. 扶養の実態

(1)今まで、どなたによって生計維持されていたか(過去の経緯)

(2)あなたが扶養するに至った事情について出来るだけ詳しく記入願います。

2. 扶養申請以前に加入していた健康保険制度

- 国民健康保険→『資格確認書(写)、資格情報のお知らせ(写)』
マイナポータル健康保険証情報の画面(写)いざれか添付』
- 社会保険(協会けんぽ、健康保険組合、共済組合等)→『資格喪失証明書(原本)添付』
令和 年 月 日 喪失(強制・任意継続・の扶養)
- 無保険(令和 年 月 日 からどの健康保険にも加入していない)
- その他(_____)

3. 婚姻により被扶養者の認定をうけるとき

婚姻日 年 月 日

※婚姻日より14日以内に届出を当健保組合へ提出の際は、婚姻の受理証明書か戸籍謄本(写)添付

4. 認定対象者の収入

ア、収入があります イ、収入は全く無し

収入の種類	金額	備考(年金の種類等)
	円(年額・月額)	
	円(年額・月額)	

注 1.「収入の種類」欄は給料、役員報酬、年金、事業収入、生活保護費等の別記入。

2. 年金受給者は、最新の年金振込通知書または年金額改定通知書(写)を添付。

3. 事業収入は、前年度の確定申告書(写)を添付。

4. 給料は直近1ヵ月分の給与支払明細書(写)を添付

(月によって収入額の変動が大きい場合は事前に当健保組合にご連絡ください。)

5. 認定対象者の就労状況

ア、現在就労している

業務(事業)内容 _____
 1日の勤務時間 時間 1か月の勤務日数 日間
 事業所(勤務先)名称 _____
 所在地 _____ 電話 _____

イ、現在就労していない

(1)出産手当金・傷病手当金の受給状況

ア. 受給あり 受給期間(年 月 日 ~ 年 月 日)

イ. 受給なし

(2)退職状況について

退職日 年 月 日

(退職後1年以上経過している方は退職日のわかる書類〔源泉徴収票等〕(写)添付)

退職金 有・無(○で囲んでください) 有の場合金額(_____ 円)

(3)雇用保険受給について〔退職後1年内または雇用保険受給延長されている方のみ記入〕

・受給期間満了(年 月 日 満了)

※「支給終了」と記載のある雇用保険受給資格者証画面(写)を添付

・受給待機中または手続予定(年 月 日 支給開始・手続き予定)

・受給延長または受給しない(理由 _____)

※延長の方は後日、雇用保険受給延長の通知(写)も提出

・対象外(理由: 雇用保険未加入・加入期間不足)

※理由が雇用保険未加入の方は、退職月前月の給与明細(写)と

退職日のわかる書類(写)を添付

・その他(_____)

離職票1・2(写)
または
雇用保険受給
資格者証(写)
を添付

注意事項 雇用保険の日額が3,612円以上(※)の方は、受給中扶養に入ることができません。

(※)60歳以上の方は5,000円以上、配偶者を除く19歳以上23歳未満の方は4,167円以上。

上記の事実に相違ありません。

令和 年 月 日 北海道コンピュータ関連産業健康保険組合 殿

2025.12