

健康保険被扶養者状況届

年 月 日作成

被保険者

記号		番号		被保険者氏名	
住所	〒		都 道 府 県	市 区 町 村	
連絡先	()			E-MAIL	

(1)認定対象者

認定対象者	フリガナ				②続柄		③生年月日 (年齢)	昭・平・令 年 月 日 (満 歳 ヶ月)	
	①氏名								
	④現住所	同居・別居	住所 (別居の場合)	〒					
	⑤申請理由								
	⑥今までの医療保険 該当を選択	A:健保組合 B:共済 C:任意継続 D:国民保険組合 E:A～C等の被扶養者 F:未加入 G:生活保護医療扶助適用			保険者の名称 ※国保の場合は自治体名		被保険者(世帯主)	続柄	
	⑦学校名 学生の場合	名称				学年	年生	卒業 (予定)	年 月 日
	⑧勤務先 お勤めの場合	会社名			雇用形態	正社員・契約社員・派遣社員 パート・アルバイト・他()		勤務 開始日	年 月 日
	⑨退職 過去1年以内に退職の場合	会社名			雇用形態	正社員・契約社員・派遣社員 パート・アルバイト・他()		退職日 (在職期間)	年 月 日 (年 ヶ月)
		退職理由 (1)	会社都合・自己都合		退職理由 (2)	出産・疾病・定年 その他		喪失後 給付金	(傷病手当金・出産手当金) 受けている・受けていない
		失業給付	申請する(した) ・ 延長する ・ 申請しない ・ 受給資格なし (未加入・加入期間不足)						
	⑩年金	□老齢年金 □遺族年金 □障害年金 □その他の年金 □受けていない ※受給年齢到達、配偶者と死別で受給していない場合の理由 【理由】							
	⑪認定対象者の収入	給与収入 (賞与含む)	万円／年	年金収入	万円／年		※事業収入、奨学金(給付型)、傷病手当金など その他 ()		万円／年
⑫他収入 該当のみ記入	養育費	万円／年	親族からの 援助	万円／年		※児童扶養手当、こども手当、生活保護など その他 ()		万円／年	
⑬別居 認定対象者と別居の場合	理由	□単身赴任 □通学のため □その他 ()			認定対象者と 同居している方	いる ・ いない ※同居人が扶養できない理由【 】			
	送金方法	□銀行振込 □現金書留 □その他()			送金金額	円／月 円／年			

(2)当健保の被扶養者でない配偶者を有するときに記入してください。

配偶者の 就業形態	正社員・契約社員・派遣社員・パート・アルバイト・自営業・その他()		配偶者の 年間収入	万円／年
配偶者が育産休中の 場合に記入してください	産前産後休業 育 児 休 業	年 月 日 ～ 年 月 日まで(予定) 年 月 日 ～ 年 月 日まで(予定)	育児休業給付金	受給中 ・ 受給予定 ・ 受給無し

(3)家族構成に関する確認 (同一世帯)

氏名	年齢	続柄	職業/学校名	年収	世帯	加入医療保険
	歳	被保険者 本人				トランス・コスモス 健康保険組合
	歳	被保険者の 配偶者		万円	同 ・ 別	
	歳			万円	同 ・ 別	
	歳			万円	同 ・ 別	
	歳			万円	同 ・ 別	
	歳			万円	同 ・ 別	

■扶養に関する申立(添付書類の内容について補足する事項がある場合に記入してください)

令和 年 月 日

申立の事実と相違ありません。

事実と相違した場合は、認定時に遡って被扶養者資格を削除されても異議申立ていたしません。万一、被扶養者資格の無い期間に貴健保組合が負担した医療費、保険給付金がある場合は貴健保組合の請求に基づき全額返還いたします。

被保険者氏名

健康保険被扶養者状況届 【別紙】

認定対象者 ※二人目以降ご記入ください。

(別紙 /)

認定対象者（一人目）	フリガナ			②続柄		③生年月日 (年齢)	昭・平・令 年 月 日 (満 歳 ヶ月)			
	①氏名									
	④現住所	同居・別居	住所 (別居の場合)	〒						
	⑤申請理由									
	⑥今までの医療保険 該当を選択	A:健保組合 B:共済 C:任意継続 D:国民保険組合 E:A～C等の被扶養者 F:未加入 G:生活保護医療扶助適用			保険者の名称 ※国保の場合は自治体名		被保険者(世帯主)		続柄	
	⑦学校名 学生の場合	名称			学年	年生	卒業 (予定)	年 月 日		
	⑧勤務先 お勤めの場合	会社名			雇用形態	正社員・契約社員・派遣社員 パート・アルバイト・他()		勤務 開始日	年 月 日	
	⑨退職 過去1年以内に 退職の場合	会社名			雇用形態	正社員・契約社員・派遣社員 パート・アルバイト・他()		退職日 (在職期間)	年 月 日 (年 ヶ月)	
		退職理由 (1)	会社都合・自己都合		退職理由 (2)	出産・疾病・定年 その他		喪失後 給付金	(傷病手当金・出産手当金) 受けている・受けていない	
		失業給付	申請する(した) ・ 延長する ・ 申請しない ・ 受給資格なし (未加入・加入期間不足)							
	⑩年金	□老齢年金 □遺族年金 □障害年金 □その他の年金 □受けていない ※受給年齢到達、配偶者と死別で受給していない場合の理由 【理由】								
	⑪認定対象者の収入	給与収入 (賞与含む)	万円／年	年金収入	万円／年		※事業収入、奨学金(給付型)、傷病手当金など その他 ()		万円／年	
	⑫他収入 該当のみ記入	養育費	万円／年	親族からの 援助	万円／年		※児童扶養手当、こども手当、生活保護など その他 ()		万円／年	
⑬別居 認定対象者と 別居の場合	理由	□単身赴任 □通学のため □その他 ()				認定対象者と 同居している方	いる ・ いない ※同居人が扶養できない理由【 】			
	送金方法	□銀行振込 □現金書留 □その他()				送金金額	円／月 円／年			

認定対象者（二人目）	フリガナ			②続柄		③生年月日 (年齢)	昭・平・令 年 月 日 (満 歳 ヶ月)			
	①氏名									
	④現住所	同居・別居	住所 (別居の場合)	〒						
	⑤申請理由									
	⑥今までの医療保険 該当を選択	A:健保組合 B:共済 C:任意継続 D:国民保険組合 E:A～C等の被扶養者 F:未加入 G:生活保護医療扶助適用			保険者の名称 ※国保の場合は自治体名		被保険者(世帯主)		続柄	
	⑦学校名 学生の場合	名称			学年	年生	卒業 (予定)	年 月 日		
	⑧勤務先 お勤めの場合	会社名			雇用形態	正社員・契約社員・派遣社員 パート・アルバイト・他()		勤務 開始日	年 月 日	
	⑨退職 過去1年以内に 退職の場合	会社名			雇用形態	正社員・契約社員・派遣社員 パート・アルバイト・他()		退職日 (在職期間)	年 月 日 (年 ヶ月)	
		退職理由 (1)	会社都合・自己都合		退職理由 (2)	出産・疾病・定年 その他		喪失後 給付金	(傷病手当金・出産手当金) 受けている・受けていない	
		失業給付	申請する(した) ・ 延長する ・ 申請しない ・ 受給資格なし (未加入・加入期間不足)							
	⑩年金	□老齢年金 □遺族年金 □障害年金 □その他の年金 □受けていない ※受給年齢到達、配偶者と死別で受給していない場合の理由 【理由】								
	⑪認定対象者の収入	給与収入 (賞与含む)	万円／年	年金収入	万円／年		※事業収入、奨学金(給付型)、傷病手当金など その他 ()		万円／年	
	⑫他収入 該当のみ記入	養育費	万円／年	親族からの 援助	万円／年		※児童扶養手当、こども手当、生活保護など その他 ()		万円／年	
⑬別居 認定対象者と 別居の場合	理由	□単身赴任 □通学のため □その他 ()				認定対象者と 同居している方	いる ・ いない ※同居人が扶養できない理由【 】			
	送金方法	□銀行振込 □現金書留 □その他()				送金金額	円／月 円／年			

R04.08