記入日：　　年　　月　　日

被扶養者状況届
（義務教育終了後の子、配偶者、その他親族を申請する場合、必ずご記入下さい）

アルバック健康保険組合 理事長　殿

この度の被扶養者申請手続きにおいて、対象被扶養者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の状況は下記のとおりです。

記

被保険者と……　□　同居

□　別居……　別居の理由（別居の場合のみ記入）

□ 単身赴任　＊単身赴任とは、会社の命によるもので、赴任前に同居していた配偶者の世帯と離れて生活している場合のこと

□ 自己都合（　　）

（あてはまるもの全てに✓をつけて下さい）　　**（添付必要書類）**

□　無職無収入である

→ □　2年以内に勤務したことはない……　「非課税証明書」＊4

□　2年以内に勤務していたが退職した……　退職日が申請から 1 ヶ月以内の場合は「健康保険資格喪失証明書」＊1 または「退職証明書」＊3（退職前の場合は「退職予定証明書」）

（退職日　　年　　月　　日）

退　職　の　理　由：　自己都合（出産・病気・その他）　・　会社都合

以前の健康保険の種類：　社会保険　・　国民健康保険　・　その他（　　）

（加入先組合名：　　）

失業給付（雇用保険）について

□　受給する（待機期間中等を含む）……　「雇用保険受給資格者証」（コピー）＊2 と「誓約書」＊5

□　受給している（日額 3,612 円未満である）…　「雇用保険受給資格者証」（コピー）＊2

□　受給を終了した……　「雇用保険受給資格者証」（コピー）＊2（受給終了の印があること）

□　受給しない……　「雇用保険被保険者資格喪失確認通知書」（コピー）＊3「離職票 1.2」（コピー）＊3「雇用保険受給資格者証」（コピー）＊2 のいずれか 1 つと「誓約書」＊5

□　受給資格を延長する……　「離職票 1.2」（コピー）＊3「雇用保険受給資格者証」（コピー）＊2 のいずれか 1 つと「延長通知書」（コピー）＊2 と「誓約書」＊5

□　雇用保険は加入していなかった……　「雇用保険未加入証明書」＊6

（理由：　　）

□　パートまたはアルバイトをしている……　「雇用契約書」＊6（給与の額が年間 130 万円〈60 歳以上は 180 万円〉以上にならないことがわかるもの）または「給与明細」＊6（直近 3 カ月分のコピー）

□　パートまたはアルバイト以外での収入がある……　「非課税証明書または所得証明書」＊4 と「確定申告書（収支内訳表も含む）」（コピー）

□　年金受給中である……（国民・厚生・企業・個人・共済・障害・遺族等）　「非課税証明書または所得証明書」＊4 と「年金振込通知書」（コピー）

□　健康保険の傷病手当金・出産手当金・労災保険の給付金を受給している……　「支給決定通知書」（コピー）＊1　※支給期間・支給金額を確認できる書類

□　在学中である……　「在学証明書」または「学生証」コピー

□　その他（　　）

義務教育以上の子の申請で、配偶者を被扶養者にしない場合には、下記にご記入をお願いします。

未就学児および義務教育の子を同時に扶養申請する場合はご記入不要です。

		（就労状況について）	（添付必要書類）
配偶者の有無…… ＊配偶者の収入のほうが高い場合は申請不可	□　あり…	□　給与収入がある……	「所得証明書」＊4 または「源泉徴収票(コピー)」＊6 または「給与全額支給月の直近 3 カ月分の給与明細(コピー)」＊6 いずれか
		□　産休/育休期間中……	
		□　休職中である……	□ その他休職期間中
		□　自営業/個人事業収入がある……	「所得証明書」＊4 と「確定申告書（収支内訳表も含む）」（コピー）
	□　なし…　理由：□ 死亡　□ 離婚　□ その他（　　）		

注

1　各必要添付書類の入手先

＊1 健康保険資格喪失証明書・支給決定通知書：加入していた健康保険組合（労災保険の場合は労基署）

＊2 雇用保険受給資格者証・延長通知書：ハローワーク

＊3 退職証明書・雇用保険被保険者資格喪失確認通知書・離職票：退職前に勤務していた会社

＊4 非課税証明書または所得証明書：市区町村役所

＊5 誓約書：健保 HP

＊6 雇用保険未加入証明書・給与明細・雇用契約書・源泉徴収票：勤務先

注 2　上記の書類以外にも、書類提出をお願いする場合があります。

上記の通り相違ありません。記載した内容が事実と相違していた場合は、被扶養者資格の取消し等が行われても異議を申し立てません。また、認定以降、被扶養者の月収が 108,333 円（60 歳以上または障害年金受給者は 15 万円）を恒常的に超えることが予想される場合（または超えた場合）は速やかに扶養削除の手続きをいたします。なお、扶養の実態がないにもかかわらず、貴健康保険組合から保険給付を受けた場合には、その金額（医療費、給付金等）を返還いたします。

保険証等記号-番号（　　―　　）

被保険者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（ここで知り得た個人情報は、当健保のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用いたしません。）