

# 被扶養者申請書

記入日 令和 年 月 日

九電工健康保険組合 理事長 殿

この届出書は、新たに被扶養者の認定を受ける場合に、『被扶養者異動届』と一緒に提出してください。  
ただし、学生である子は提出不要ですが、専門学校生、短大・高专以上は『在学証明書』を被扶養者異動届に添付してください。なお、次の人は被扶養者になれません。

1. 年間収入が130万円以上ある人  
ただし、60歳以上の人、または厚生年金保険法に定める障害者に該当する人は180万円以上
2. 雇用保険や休業補償を受給中の人

|                  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                      |         |       |     |       |   |  |  |  |  |  |  |   |  |
|------------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------------------|---------|-------|-----|-------|---|--|--|--|--|--|--|---|--|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 氏 名   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 申<br>請<br>す<br>る<br>被<br>扶<br>養<br>者 | 氏 名     |       |     |       |   |  |  |  |  |  |  |   |  |
|                  | 記号・番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                      |         |       | 性 別 | 男 ・ 女 |   |  |  |  |  |  |  |   |  |
|                  | 会 社 名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                      | 生 年 月 日 | S・H・R | 年   | 月     | 日 |  |  |  |  |  |  |   |  |
|                  | 所 属   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                      | 年 齢     |       |     |       |   |  |  |  |  |  |  | 歳 |  |
|                  | 社員番号  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                      | 続 柄     |       |     |       |   |  |  |  |  |  |  |   |  |

## 1. 認定対象者の過去1年間のことについて記入してください。(該当の○をつけてください)

①仕事は何をしていましたか → ( )無職 ( )農業 ( )自営業  
( )官庁 ( )民間会社 ( )その他

②どんな健康保険に加入して → ( )国民健康保険 ( )組合健康保険  
いましたか ( )公務員共済組合 ( )任意継続保険  
( )全国健康保険協会 ( )その他

③これまでに健康保険の被扶養者 → ( )なっていた 扶養していた人  
になっていましたか 氏名 続柄

( )なっていない

④雇用保険を受給して → ( )していた 受給額 円

( )していない →

※いずれか1点

( )する予定

( 年 月 日 ごろ)

|            |
|------------|
| 雇用保険受給資格者証 |
| 離職票申請書類の原本 |
| 資格喪失確認通知書  |
| 雇用保険未加入証明書 |

## 2. 扶養することになった理由 (いずれかに○をつけてください)

①( )退職したから

勤務先名

退職年月日: 令和 年 月 日

退職理由(具体的に)

②( )いままでしていた事業をやめたから → 廃業証明書を添付してください。  
(税務署、保健所、農業委員会等)

やめた事業 → ・農業 ・漁業 ・商業 ・その他( )  
 やめた理由 → (具体的に)  
 やめた時期 → 平成・令和 年 月 日

③( )その他理由(勤務形態変更など、収入減の理由)  
 (パート・アルバイト勤務の方は時給、勤務時間、勤務日数等を書き、雇用契約書を添付)

---



---

4. 被保険者との同居・別居及び生活費の状況について

①( )同居

②( )別居 → ・仕送りの有無  
 ( )している → 支援額(毎月) 円  
 (6か月分の送金振込票を添付)  
 ( )今後仕送りをする → 6か月分の送金計画表を作成し添付

5. 認定対象者の収入について

本年中の収入について、有・無いいずれかに必ず○印。「有る」の場合は各必要書類を添付。

|        |     |     |        |       |    |               |
|--------|-----|-----|--------|-------|----|---------------|
| ①給与収入  | ・無い | ・有る | → 年額   | _____ | 千円 | 本年分と昨年分の源泉徴収票 |
| ②公的年金  | ・無い | ・有る | → 年額   | _____ | 千円 | 直近の改定通知書      |
| ③農業年金  | ・無い | ・有る | → 年額   | _____ | 千円 | 直近の改定通知書      |
| ④企業年金  | ・無い | ・有る | → 年額   | _____ | 千円 | 事業主の証明        |
| ⑤恩給    | ・無い | ・有る | → 年額   | _____ | 千円 | 直近の支払通知       |
| ⑥休業補償  | ・無い | ・有る | → 年額   | _____ | 千円 | 休業補償保険証書の写    |
| ⑦自営業   | ・無い | ・有る | → 年額   | _____ | 千円 | 青色(白色)申告書の写   |
| ⑧農業    | ・無い | ・有る | → 年額   | _____ | 千円 | 青色(白色)申告書の写   |
| ⑨不動産収入 | ・無い | ・有る | → 年額   | _____ | 千円 | 確定申告書の写       |
| ⑩利子・配当 | ・無い | ・有る | → 年額   | _____ | 千円 | 確定申告書の写       |
| ⑪雑収入   | ・無い | ・有る | → 年額   | _____ | 千円 | 確定申告書の写       |
| ⑫その他収入 | ・無い | ・有る | → 年額   | _____ | 千円 |               |
|        |     |     | 合計(年額) | _____ | 千円 |               |

6. 先順位の確認について

認定対象者の親族の内、2親等以内の人を全員記入してください。

但し、学生の人と18歳未満の人は記入不要です。

| 氏名 | 続柄 | 同別居の区分 | 年齢 | 職業 | 勤務先 | 住所 | 年収 | 対象者への援助額 |
|----|----|--------|----|----|-----|----|----|----------|
|    |    | 同 別    |    |    |     |    | 千円 | 千円       |
|    |    | 同 別    |    |    |     |    | 千円 | 千円       |
|    |    | 同 別    |    |    |     |    | 千円 | 千円       |
|    |    | 同 別    |    |    |     |    | 千円 | 千円       |
|    |    | 同 別    |    |    |     |    | 千円 | 千円       |

7. 同居家族の収入について

認定対象者と同居している人を全員記入してください。

但し、学生の人と18歳未満の人は記入不要です。

| 氏名 | 続柄 | 年齢 | 職業 | 勤務先 | 年収 | 対象者への援助額 |
|----|----|----|----|-----|----|----------|
|    |    |    |    |     | 千円 | 千円       |
|    |    |    |    |     | 千円 | 千円       |
|    |    |    |    |     | 千円 | 千円       |
|    |    |    |    |     | 千円 | 千円       |
|    |    |    |    |     | 千円 | 千円       |

|            |
|------------|
| 健保組合<br>担当 |
|            |

|          |
|----------|
| 健保組合 受付印 |
|          |

2022.1 帳票No.004