

# 現況申立書

※この申立書に記入された個人情報、健康保険業務以外には使用いたしません。

被保険者（本人）氏名 \_\_\_\_\_ 保険証 記号 \_\_\_\_\_ 番号 \_\_\_\_\_

申請する認定対象者の氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 妻・子・父・母・その他（ \_\_\_\_\_ ）

●全ての項目をチェックの上、該当する項目の□にレ点を記入してください。

## [扶養申請の理由]

### 1. 認定対象者（被扶養認定を受けようとする者）の扶養申請をする理由

- 被保険者（本人）の入社による（入社日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日）
- 被保険者（本人）の当健保内の異動（再雇用・任意継続資格取得）による
- 結婚（婚姻日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日）→婚姻日の分かる証明書を添付してください
- 退職（退職日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日）
- 雇用形態変更による収入減（変更日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日）→変更後の就業契約内容証明書が必要です
- 同居になった（同居日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日）
- その他（具体的に \_\_\_\_\_ ）

### 2. 認定対象者が加入している保険又は加入していた保険

- 国民健康保険や他の健康保険の被保険者として加入していた（ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日脱退）  
※任意継続被保険者として加入の場合は、資格喪失証明を添付してください
- 被扶養者として加入している（していた）（誰の： \_\_\_\_\_ ）
- 申請日前日まで三井化学健康保険組合の被扶養者として加入していた

### 3. 認定対象者について、被保険者（本人）以外に扶養すべき者がいないか、いればその旨記入してください

- 認定対象者が子以外であり、被保険者（本人）以外に扶養すべき者がいない
- 認定対象者が子であり：配偶者が当健保の被扶養者である  
配偶者が当健保の被扶養者でない→配偶者の収入証明を添付してください  
配偶者と離婚した 配偶者と死別した→戸籍謄本等を添付してください
- 認定対象者（主に父、母）に配偶者がいる（いた）が、：収入が少ない 離婚した 死別した
- 認定対象者に親族がいて金銭援助がある（月額 \_\_\_\_\_ 円）

### 4. 認定対象者の医療費の公費受給の有無：有→公費受給者証の写しを添付してください 無

### 5. 認定対象者の申請日以前の状況（この届出をするまでの扶養認定を受けようとする者の経過）

※所得証明書に0円以外の金額が記載されている方は、無職無収入以外をチェックしてください

- 会社（パート・アルバイト）勤務（就労先： \_\_\_\_\_ ）  
（勤務期間： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日）
- 個人事業従事（個人事業をやめた場合理由： \_\_\_\_\_ ）
- 他の親族に扶養されていた（被保険者からみて誰に扶養されていたか： \_\_\_\_\_ ）
- 無職無収入 学生 年金生活
- 傷病・労災等手当金 その他（具体的に： \_\_\_\_\_ ）

6. 認定対象者の申請日以降の状況（※当てはまるものすべてにレ点を記入してください）

- 無職無収入                      学生                      会社（パート・アルバイト）勤務                      個人事業に従事  
年金生活      傷病・労災等手当金      その他（具体的に： \_\_\_\_\_ )

添付書類は、「被扶養者認定に必要な添付書類一覧」で、必要書類を確認してください。

[所得の有無]

7. 失業給付について（※退職理由による申請の方はご記入下さい。）

- 1年以内に受給予定（給付制限期間中含む）  
1年以上受給延長する[理由：出産育児                      その他（具体的に： \_\_\_\_\_ )  
雇用保険未加入→未加入である事を確認できる証明書の添付が必要です  
その他（具体的に： \_\_\_\_\_ )

添付書類は、「被扶養者認定に必要な添付書類一覧」の「退職した人」の欄をご確認ください。

8. 給与（パート・アルバイト）収入（必ずどちらかにレ点を記入してください）

- 有 月額： \_\_\_\_\_ 円                      無

添付書類は、「被扶養者認定に必要な添付書類一覧」の「パート・アルバイト収入等がある人」の欄をご確認ください。

9. 年金・恩給（※必ずどちらかにレ点を記入してください）                      有                      無

（※有の方はすべての項目に金額（受給していない項目は0円）を記入してください。）

- |  |          |   |
|--|----------|---|
| <input type="checkbox"/> 国民年金                | 年額 _____ | 円 |
| <input type="checkbox"/> 厚生年金・共済年金           | 年額 _____ | 円 |
| <input type="checkbox"/> 厚生年金基金              | 年額 _____ | 円 |
| <input type="checkbox"/> 障害年金                | 年額 _____ | 円 |
| <input type="checkbox"/> 遺族年金                | 年額 _____ | 円 |
| <input type="checkbox"/> 個人年金                | 年額 _____ | 円 |
| <input type="checkbox"/> その他（具体的な名称： _____ ) | 年額 _____ | 円 |

●60歳以上の方で現在年金を受給されていない場合

- （    ）歳より受給予定    受給予定がない（理由 \_\_\_\_\_ )

添付書類は、「被扶養者認定に必要な添付書類一覧」の「年金・恩給等の受給者」の欄をご確認ください。

10. 個人事業・不動産収入等（必ずどちらかにレ点を記入してください）

- 有 月額： \_\_\_\_\_ 円                      無  
有の場合（営業の場所：居住地と同じ                      別の場所）  
（営業の内容： \_\_\_\_\_ )

添付書類は、「被扶養者認定に必要な添付書類一覧」の「個人事業・不動産所得のある人」、「個人事業を廃業した人」の欄をご確認ください。

11. 同居・別居区分： 同居 別居

【以下は別居の方のみ記入してください】

12. 同居していない理由

- 被保険者が単身赴任 子が遠隔地の学校に進学 配偶者が半年以内の里帰り出産  
その他（具体的： \_\_\_\_\_）

【以下は、12.でその他を選択された方のみ記入して下さい】

13. 別居先の家屋の形態

- 持家 どの家ですか：本人（被保険者）との続柄（ \_\_\_\_\_ ）  
借家（一戸建 マンション その他） 家賃 \_\_\_\_\_ 円/月  
その他（具体的に \_\_\_\_\_）

14. 別居先で認定対象者（扶養認定を受けようとする者）は誰と同居していますか

（※被保険者（本人）との続柄となります。該当者全てにレ点を記入してください）

- 独居 父 母 夫 妻 子 その他（具体的に \_\_\_\_\_）

15. 被保険者（本人）からの送金状況

- 送金していない 毎月送金 送金額 \_\_\_\_\_ 円/月 送金方法（振込現金書留）

添付書類は、「被扶養者認定に必要な添付書類一覧」の「別居の人」の欄をご確認ください。

16. 認定対象者の1ヶ月の平均的な生計費を記入してください。 ※被保険者からの送金は含みません

認定対象者支出合計 \_\_\_\_\_ 円 認定対象者収入 \_\_\_\_\_ 円  
（内訳：家賃： \_\_\_\_\_ 円 通信費： \_\_\_\_\_ 円 食費： \_\_\_\_\_ 円 光熱費： \_\_\_\_\_ 円  
医療費： \_\_\_\_\_ 円 その他：具体的に \_\_\_\_\_ 円）

### <誓約書>

三井化学健康保険組合理事長殿

\_\_\_\_\_ を扶養者として認定を受けるに当たり、上記のとおり相違ありません。

また、認定後の扶養関係に異動を生じた場合は、速やかにその旨を届出致します。

上記申出に相違があった場合、異動の届出を怠って健康保険組合がその事実を確認した場合には、健康保険組合の権限で事実発生日に遡って当該被扶養者の資格を喪失させても異存ありません。

また、被扶養者資格喪失後に受けた保険給付・保健事業費等を全額返金致します。

※確認欄にチェックがある場合は、被保険者の押印は省略できます。

確認欄	この届については、①又は②の要件を満たしたものである。
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ② 記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。

年 月 日

被保険者名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_