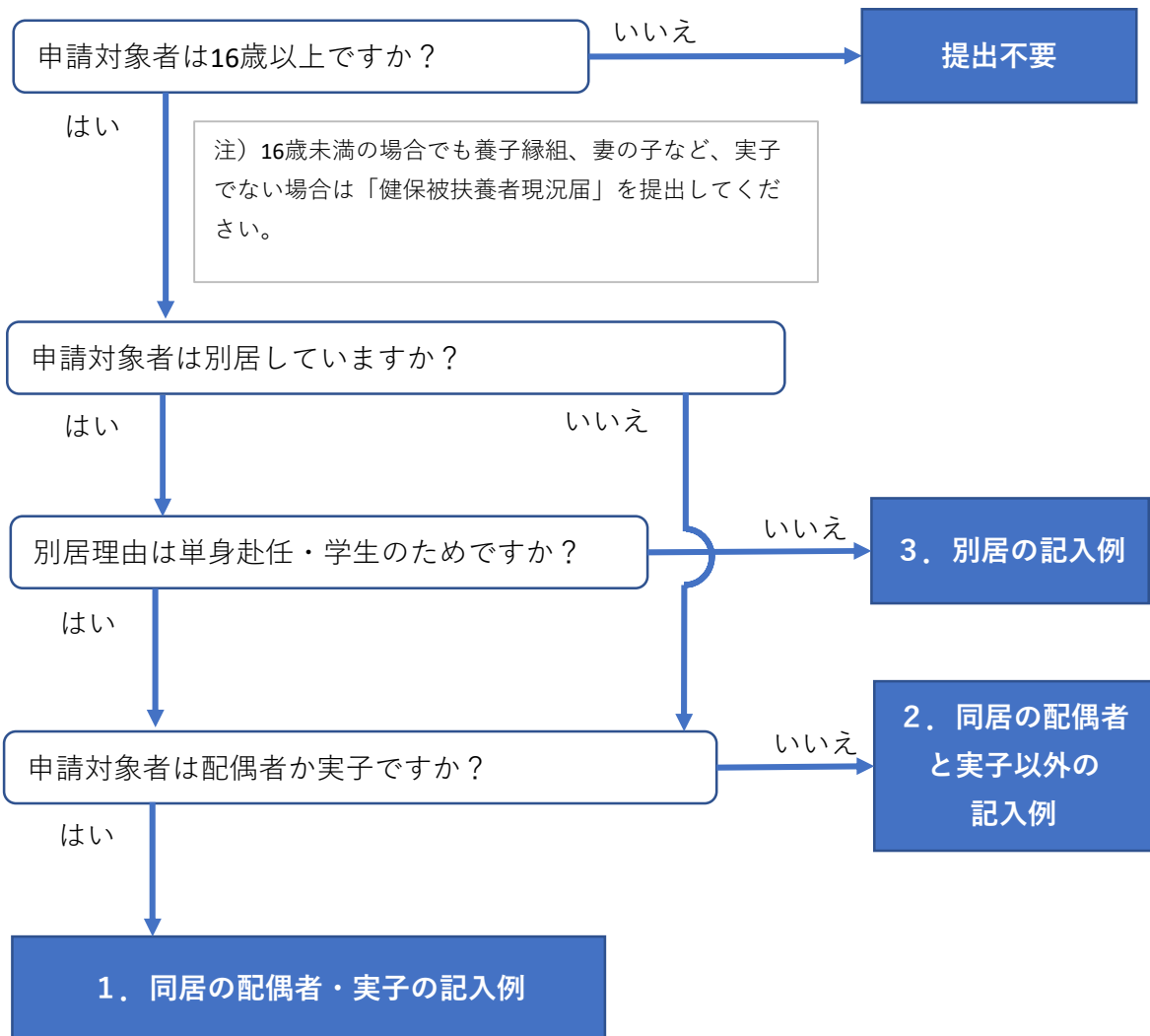


【健保被扶養者現況届の記入例について】

「健保被扶養者現況届」の記入例は3種類あります。ご自身にあわせた記入例を参照ください。
※単身赴任者・学生の場合は同居の記入例を参照してください。

1. 同居の配偶者・実子の記入例
2. 同居の配偶者と実子以外の記入例
3. 別居の記入例

「健保被扶養者現況届」記入例チェックリスト



1.同居の配偶者・実子の場合の記入例

被扶養者現況届

「被扶養者現況届」の必要書類をご確認ください。用紙内の項目は全て記入必須です。

居住状況や続柄に合わせて記入例を確認しながら記入ください。ただし項目4.5.8は対象者のみ記入してください。

被保険者証 記号 ○	被保険者証 番号 ○○○○○	被保険者氏名 (以下、Aと表す) 碍子 太郎		申請年月日 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
申請対象者氏名 (以下、B) 碍子 花子		Bの生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日 <input type="checkbox"/> 令和		Bの年齢 ○○	Bの続柄 ○○
1. 申請事由 <input checked="" type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> Aの入社 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 失業給 <input type="checkbox"/> その他 () 事由発生年月日 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 <input type="checkbox"/> 学生 Bが学生の場合は学生に <input checked="" type="checkbox"/>					
Bが子の場合続柄は子ではなく長男、長女、二男、二女の様式で記入					
2. Bがこれまで加入していた健康保険 (これまで健康保険組合に加入していた場合、健康保険組合名の記入と被保険者、被扶養者に <input checked="" type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 国民健康保険に加入 ※ <input checked="" type="checkbox"/> 健康保険組合に (健康保険組合名: ○○○○○○) <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者) として加入 ※ <input type="checkbox"/> 共済組合に (共済組合名:) <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者) として加入 ※ <input type="checkbox"/> 健康保険の <input type="checkbox"/> 未加入状態 離職の方はこれまで加入していた健康保険 (例:協会けんぽなど) を記入。被保険者とは本人、被扶養者とは家族をさします 健康保険組合の任意継続に <input checked="" type="checkbox"/> した場合は添付書類として任意継続の資格喪失証明書 (原本) が必要です					
※で被扶養者として加入していた場合 被保険者氏名 () Bとの続柄 ()					
3. 医療費助成の有無 (市町村などによる公費負担医療費) 及び助成の種類 (医療費助成有りの場合は助成の種類に <input checked="" type="checkbox"/>) 医療費助成の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 所得制限により助成無し <input type="checkbox"/> 子ども(乳幼児)医療費助成 <input type="checkbox"/> 障害者医療費助成 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等 <input type="checkbox"/> その他 () 医療費助成の有に <input checked="" type="checkbox"/> された方は医療証の写し (子ども(乳幼児)医療助成を除く) を提出してください					
4. 別居の理由、別居の仕送り (単身赴任、学生、長期入院の場合、仕送り方法と仕送り金額の記入は不要) <input type="checkbox"/> Aの単身赴任 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 長期入院 <input type="checkbox"/> その他 () 仕送り方法 <input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 現金書留 <input type="checkbox"/> 自動送金 <input type="checkbox"/> 無 仕送り金額 円/月 <input type="checkbox"/> その他 () 死別の場合は遺族年金について記入					
5. Bの配偶者について (配偶者以外の者を扶養する場合に記入、無しの場合は現況、有りの場合はBの配偶者の収入を記入) <input checked="" type="checkbox"/> 無 現況 (<input checked="" type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別→遺族年金 <input type="checkbox"/> 受給有 <input type="checkbox"/> 受給無 <input type="checkbox"/> 申請中) <input type="checkbox"/> 有 Bが子の場合は記入が必要です、該当箇所に <input checked="" type="checkbox"/>					
6. 生計維持関係について 生計費とは暮らしていくのに必要な費用 (食費、住居費、水道光熱費、被服費、医療費、交通費、通信費等) をさします Bの生計費 (月額) ○○○○○○ 円 Bの負担金額 (月額) ○○○○○○ 円 年間の生計費を平均して1カ月あたり、Bの生計費 (1人分) を記入 Aの負担金額 (月額) ○○○○○○ 円 A以外のBの家族構成と生計費の負担金額について (同居を含めた兄弟姉妹) AからBへ負担している生計費を記入 氏名 続柄 生計費の負担金額 (月額) 円 碍子 ○○ 妻 0 円 円 円 円 ・配偶者の申請の場合は記入不要 ・子の申請の場合はAの配偶者のみ家族構成の表に生計費の負担金額を記入 続柄はAとの続柄を記入 Bの生計費を負担されていない場合は0円と記入					
Aが生計費を最も多く負担しなければならない理由を記入 () Bが配偶者・子の場合Aが生計費を最も多く負担しなければならない理由は記入不要 ただし子に配偶者がいる場合のみ必ず記入					

7. Bの収入について（その他収入の場合、収入の内容を記入してください）

収入内訳		収入の有無にかかわらず、証明書の提出が必要です ホームページの「被扶養者が増える場合の必要書類」にてご確認ください		（月分）
<input checked="" type="checkbox"/>	給与収入（アルバイト・パート・その他）		〇〇〇〇〇〇	円
<input checked="" type="checkbox"/>	自営業収入（事業・農業・漁業）			円
<input checked="" type="checkbox"/>	年金収入	老齢	年間見込額（申請時から12カ月分）を記入	円
		遺族		円
		障害		円
		その他（個人年金・企業年金基金など）		円
<input type="checkbox"/>	失業給付金	年 月 日 ~ 年 月 日	日額	円
<input type="checkbox"/>	出産手当金	年 月 日 ~ 年 月 日	日額	円
<input type="checkbox"/>	育児休業給付金	直近で受給終了・受給中・申請予定を全て記入 申請予定者以外は日額を記入	月 日	日額
			月 日	日額
			月 日	日額
<input type="checkbox"/>	傷病手当金	年 月 日 ~ 年 月 日	日額	円
<input type="checkbox"/>	休業補償費	年 月 日 ~ 年 月 日	日額	円
<input type="checkbox"/>	その他収入	年間見込額（申請時から12カ月分）を記入		円
合計金額				〇〇〇〇〇〇 円

【年間収入額とは】
 ・給与収入・・・通勤手当を含めた総収入額
 ・自営業収入・・・総収入から原材料費を控除した収入額
 ・年金収入・・・介護保険料及び税金控除前の総収入額
 ・その他収入・・・税金控除前の総収入額

収入無しの方も必ず

学生の申請において返済不要の奨学金は収入になりますので、その他収入にして、内容を記入

8. 失業給付について（過去2年以内に退職し、失業給付の受給手続きをしていない場合に記入）

Bの就業期間中の雇用保険の加入について 加入 未加入

雇用保険加入の場合

失業給付を受給しない

失業給付を受給する → 受給手続き予定日 年 月 日

失業給付の受給延長（病気・出産等の理由により） → 出産の場合、出産予定日 年 月 日

離職票の発行有無 有（発行予定を含む） 無

※失業給付受給の有無に限らず、離職票が発行される場合は、必ず健保に「離職票1と2」の原本をご提出ください。
内容確認しましたら、すぐにご返却いたします

9. 確認書

このたび、日本ガイシ健康保険組合の被保険者の被扶養者として申請するにあたり、申請対象者は「被扶養者の認定条件」を満たしていることを確認しましたので当該届出を申請します。

尚、この申請に相違があった場合は、被扶養者としての認定 ホームページの「ご家族の加入・脱退について」を確認のうえ、ご署名ください

また、収入条件を超える恐れがある場合は、事前に手続きをいたします。

【被扶養者の主な認定条件】
 主として被保険者の収入により生計維持されていること、かつ年間収入が130万円未満であること。
 但し、60歳以上の者または障害者の場合は180万円未満
 ※別居の場合は仕送りの証明書類が必要です。
 ※その他にも条件がありますので必ずご確認ください。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

申請対象者 (B) 碍子 花子

被保険者 (A) 碍子 太郎

2.同居の配偶者・実子以外の記入例

被扶養者現況届

「届書の必要書類」をご確認ください。用紙内の項目は全て記入必須です。

居住状況や続柄に合わせて記入例を確認しながら記入ください。ただし項目4.5.8は対象者のみ記入してください。

被保険者証 記号 ○	被保険者証 番号 ○○○○○	被保険者氏名 (以下、Aと表す) 日本 太郎	申請年月日 令和 ○ 年 ○○ 月 ○○ 日																									
申請対象者氏名 (以下、B) 日本 花子		Bの生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 <input type="checkbox"/> 平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 <input type="checkbox"/> 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	Bの年齢 ○○	Bの続柄 ○○																								
1. 申請事由 <input checked="" type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> Aの入社 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 失業給付受給終了 <input type="checkbox"/> その他 () 事由発生日 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日																												
2. Bがこれまで加入していた健康保険 (これまで健康保険組合に加入していた場合、健康保険組合名の記入と被保険者、被扶養者に <input checked="" type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 国民健康保険に加入 ※ <input checked="" type="checkbox"/> 健康保険組合に (健康保険組合名: ○○○○○○) <input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者) として加入 ※ <input type="checkbox"/> 共済組合に (共済組合名:) <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者) として加入 ※ <input type="checkbox"/> 健康保険の任意継続に <input checked="" type="checkbox"/> した場合は添付書類として任意継続の資格喪失証明書 (原本) が必要です <input type="checkbox"/> 未加入状態 ※で被扶養者として加入していた場合 被保険者氏名 (○○○○○○○○○) Bとの続柄 (○○)																												
3. 医療費助成の有無 (市町村などによる公費負担医療費) 及び助成の種類 (医療費助成有りの場合は助成の種類に <input checked="" type="checkbox"/>) 医療費助成の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 所得制限により助成無 <input type="checkbox"/> 子ども(乳幼児)医療費助成 <input checked="" type="checkbox"/> 障害者医療費助成 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> その他 ()																												
4. 別居の理由、別居の仕送り (単身赴任、学生、長期入院の場合、仕送り方法と仕送り金額の記入は不要) <input type="checkbox"/> Aの単身赴任 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 長期入院 <input type="checkbox"/> その他 () 仕送り方法 <input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 現金書留 <input type="checkbox"/> 自動送金 <input type="checkbox"/> 無 仕送り金額 円/月 <input type="checkbox"/> その他 ()																												
5. Bの配偶者について (配偶者以外の者を扶養する場合に記入、無しの場合は現況、有りの場合はBの配偶者の収入を記入) <input checked="" type="checkbox"/> 無 現況 (<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input checked="" type="checkbox"/> 死別→遺族年金 <input checked="" type="checkbox"/> 受給有 <input type="checkbox"/> 受給無 <input type="checkbox"/> 申請中) <input type="checkbox"/> 有 Bの配偶者の収入 円/年																												
6. 生計維持関係について (生計費とは暮らしていくのに必要な費用 (食費、住居費、水道光熱費、被服費、医療費、交通費、通信費等) をさします) Bの生計費 (月額) ○○○○○○ Bの負担金額 (月額) ○○○○○○ Aの負担金額 (月額) ○○○○○○ A以外のBの家族構成と生計費の負担金額について (同居を含めた兄弟)																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>氏名</th> <th>続柄</th> <th>生計費の負担金額 (月額)</th> <th>氏名</th> <th>続柄</th> <th>生計費の負担金額 (月額)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>日本 一郎</td> <td>父</td> <td>○○○○○○○ 円</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>日本 二郎</td> <td>弟</td> <td>0 円</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					氏名	続柄	生計費の負担金額 (月額)	氏名	続柄	生計費の負担金額 (月額)	日本 一郎	父	○○○○○○○ 円				日本 二郎	弟	0 円									
氏名	続柄	生計費の負担金額 (月額)	氏名	続柄	生計費の負担金額 (月額)																							
日本 一郎	父	○○○○○○○ 円																										
日本 二郎	弟	0 円																										
Aが生計費を最も多く負担しなければならない理由を記入してください (民法上の優先扶養義務者 (Bの配偶者・Bの親など) がいる場合は、Bの配偶者や親よりAが多く負担するの理由を記入)																												

7. Bの収入について（その他収入の場合、収入の内容を記入、収入の有無にかかわらず、証明書の提出が必要です。ホームページの「被扶養者が増える場合の必要書類」にてご確認ください）

収入内訳		円		
<input checked="" type="checkbox"/>	給与収入（アルバイト・パート・その他）	〇〇〇〇〇〇		
<input checked="" type="checkbox"/>	自営業収入（事業・農業・	円		
収入有り	年金収入 老齢年金 遺族年金 障害年金	年間見込額（申請時から12カ月分）を記入		
		円		
		円		
		円		
<input type="checkbox"/>	その他（個人年金・企業年金基金など）	円		
収入無しの方 も必ず	<input type="checkbox"/>	失業給付金	年 月 日 ~ 年 月 日 日額	円
	<input type="checkbox"/>	出産手当金	月 日 日額	円
	<input type="checkbox"/>	育児休業給付金	直近受給終了・受給中・申請予定を全て記入 申請予定者以外は日額を記入	円
	<input type="checkbox"/>	傷病手当金	月 日 日額	円
	<input type="checkbox"/>	休業補償費	年 月 日 ~ 年 月 日 日額	円
<input type="checkbox"/>	その他収入（雑収入・	年間見込額（申請時から12カ月分）を記入	円	
合計金額		〇〇〇〇〇〇	円	

8. 失業給付について（過去2年以内に退職し、失業給付の受給手続きをしていない場合に記入）

Bの就業期間中の雇用保険の加入について 加入 未加入

雇用保険加入の場合

失業給付を受給しない

失業給付を受給する → 受給手続き予定日 年 月 日

失業給付の受給延長（病気・出産等の理由により） → 出産の場合、出産予定日 年 月 日

退職票の発行有無 有（発行予定を含む） 無

※失業給付受給の有無に限らず、退職票が発行される場合は、必ず健保に「退職票1と2」の原本をご提出ください。内容確認しましたら、すぐにご返却いたします

9. 確認書

このたび、日本ガイシ健康保険組合の被保険者の被扶養者として申請するにあたり、申請対象者は「被扶養者の認定条件」を満たしていることを確認しましたので当該届出を申請します。尚、この申請に相違があった場合は、被扶養者としての認定ができません。また、収入条件を超える恐れがある場合は、事前に手続きをいたします。

ホームページの「ご家族の加入・脱退について」を確認のうえ、ご署名ください

【被扶養者の主な認定条件】
主として被保険者の収入により生計維持されていること、かつ年間収入が130万円未満であること。
但し、60歳以上の者または障害者の場合は180万円未満
※別居の場合は仕送りの証明書類が必要です。
※その他にも条件がありますので必ずご確認ください。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

申請対象者 (B) 日本 花子

被保険者 (A) 日本 太郎

3.別居の場合の記入例

健保被扶養者現況届

「扶養者が増える場合の必要書類」をご確認ください。用紙内の項目は全て記入必須です。

居住状況や続柄に合わせて記入例を確認しながら記入ください。ただし項目4.5.8は対象者のみ記入してください。

被保険者証 記号 ○	被保険者証 番号 ○○○○○	被保険者氏名 (以下、Aと表す) 日本 太郎	申請年月日 令和 ○ 年 ○○ 月 ○○ 日																									
申請対象者氏名 (以下、B) 日本 花子		Bの生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 <input type="checkbox"/> 平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 <input type="checkbox"/> 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	Bの年齢 ○○	Bの続柄 ○○																								
1. 申請事由 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> Aの入社 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input checked="" type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 失業給付受給 <input type="checkbox"/> その他 () 事由発生日 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日																												
2. Bがこれまで加入していた健康保険 (これまで健康保険組合に加入していた場合、健康保険組合名の記入と被保険者、被扶養者に <input checked="" type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 国民健康保険に加入 ※ <input checked="" type="checkbox"/> 健康保険組合に (健康保険組合名: ○○○○○○) <input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者) として加入 ※ <input type="checkbox"/> 共済組合に (共済組合名:) <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者) として加入 ※ <input type="checkbox"/> 健康保険の任意継続 (任意継続の資格喪失証明書 (原本) が必要) <input type="checkbox"/> 未加入状態 (無)																												
※で被扶養者として加入していた場合 被保険者氏名 (○○○○○○○○○) Bとの続柄 (○○)																												
3. 医療費助成の有無 (市町村などによる公費負担医療費) 及び助成の種類 (医療費助成有りの場合は助成の種類に <input checked="" type="checkbox"/>) 医療費助成の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 所得制限により <input type="checkbox"/> 子ども(乳幼児)医療費助成 <input checked="" type="checkbox"/> 障害者医療費助成 <input type="checkbox"/> ひとり親世帯医療費助成 <input type="checkbox"/> その他 ()																												
4. 別居の理由、別居の仕送り (単身赴任、学生、長期入院の場合、仕送り先を記入) <input type="checkbox"/> Aの単身赴任 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 長期入院 <input checked="" type="checkbox"/> その他 () 仕送り方法 <input checked="" type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 現金書留 <input type="checkbox"/> 自動送金 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他 () 仕送り金額 ○○○○○○ 円/月																												
5. Bの配偶者について (配偶者以外の者を扶養する場合に記入、無しの場合は現況、有りの場合はBの配偶者の収入を記入) <input type="checkbox"/> 無 現況 (<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別→遺族年金 <input type="checkbox"/> 受給有 <input type="checkbox"/> 受給無 <input type="checkbox"/> 申請中) <input checked="" type="checkbox"/> 有 Bの配偶者の収入 ○○○○○○○○ 円/年																												
6. 生計維持関係について (生計費とは暮らしていくのに必要な費用 (食費、住居費、水道光熱費、被服費、医療費、交通費、通信費等) をさします) Bの生計費 (月額) ○○○○○○ Bの負担金額 (月額) ○○○○○○ Aの負担金額 (月額) ○○○○○○																												
A以外のBの家族構成と生計費の負担金額について (同居を含めた家族構成を記入) <table border="1"> <thead> <tr> <th>氏名</th> <th>続柄</th> <th>生計費の負担金額 (月額)</th> <th>氏名</th> <th>続柄</th> <th>生計費の負担金額 (月額)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>日本 一郎</td> <td>父</td> <td>○○○○○○○ 円</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>日本 二郎</td> <td>弟</td> <td>0 円</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					氏名	続柄	生計費の負担金額 (月額)	氏名	続柄	生計費の負担金額 (月額)	日本 一郎	父	○○○○○○○ 円				日本 二郎	弟	0 円									
氏名	続柄	生計費の負担金額 (月額)	氏名	続柄	生計費の負担金額 (月額)																							
日本 一郎	父	○○○○○○○ 円																										
日本 二郎	弟	0 円																										
Aが生計費を最も多く負担しなければならない理由を記入してください (民法上の優先扶養義務者 (Bの配偶者・Bの親など) がいる場合は、Bの配偶者や親よりAが多く負担するの理由を記入)																												

7. Bの収入について（その他収入の場合、収入の内容）

収入内訳		収入の有無にかかわらず、証明書の提出が必要です ホームページの「被扶養者が増える場合の必要書類」にてご確認ください		分)		
<input checked="" type="checkbox"/>	給与収入（アルバイト・パート・その他）		〇〇〇〇〇	円		
<input checked="" type="checkbox"/>	自営業収入（事業・農業・			円		
収入有り	年金収入	老齢年金	年間見込額（申請時から12カ月分）を記入	円		
		遺族年金		円		
		障害年金		円		
		その他（個人年金・企業年金基金など）		円		
<input type="checkbox"/>	失業給付金	年 月 日 ~ 年 月 日	日額	円		
収入無しの方も必ず <input checked="" type="checkbox"/>	受給期間	出産手当金	直近受給終了・受給中・申請予定を全て記入 申請予定者以外は日額を記入	月 日	日額	円
		育児休業給付金		月 日	日額	円
		傷病手当金		月 日	日額	円
		休業補償費		年 月 日 ~ 年 月 日	日額	円
<input type="checkbox"/>	その他収入（雑収入・		年間見込額（申請時から12カ月分）を記入	円		
合計金額			〇〇〇〇〇	円		

【年間収入額とは】
 ・給与収入・・・通勤手当を含めた総収入額
 ・自営業収入・・・総収入から原材料費を控除した収入額
 ・年金収入・・・介護保険料及び税金控除前の総収入額
 ・その他収入・・・税金控除前の総収入額

8. 失業給付について（過去2年以内に退職し、失業給付の受給手続きをしていない場合に記入）

Bの就業期間中の雇用保険の加入について 加入 未加入

雇用保険加入の場合

失業給付を受給しない

失業給付を受給する → 受給手続き予定日 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

失業給付の受給延長（病気・出産等の理由により） → 出産の場合、出産予定日 年 月 日

退職票の発行有無 有（発行予定を含む） 無

※失業給付受給の有無に限らず、退職票が発行される場合は、必ず健保に「退職票1と2」の原本をご提出ください。
 内容確認しましたら、すぐにご返却いたします

9. 確認書

このたび、日本ガイシ健康保険組合の被保険者の被扶養者として申請するにあたり、申請対象者は「被扶養者の認定条件」を満たしていることを確認しましたので当該届出を申請します。

尚、この申請に相違があった場合は、被扶養者としての認定ができません。また、収入条件を超える恐れがある場合は、事前に手続きをいたします。

ホームページの「ご家族の加入・脱退について」を確認のうえ、ご署名ください

【被扶養者の主な認定条件】
 主として被保険者の収入により生計維持されていること、かつ年間収入が130万円未満であること。
 但し、60歳以上の者または障害者の場合は180万円未満
 ※別居の場合は仕送りの証明書類が必要です。
 ※その他にも条件がありますので必ずご確認ください。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

申請対象者 (B) 日本 花子

被保険者 (A) 日本 太郎