

申請者の状況によって、添付書類が異なります。  
 詳細は組合HPI「被扶養者認定に必要な添付書類」を  
 ご確認ください。

## 認定申請者状況届

（出生児、被保険者入社時における18歳未満の実子を除く）

記号・番号	123 - 1234567	申請者の氏名	永浜 良子		
被保険者氏名	永浜 康太	被保険者との続柄	妻	申請者の年齢	23 歳

認定申請者の状況について該当するものすべてに☑し、申請に至った状況を詳細に記入して下さい。

申請理由	<input type="checkbox"/> 被保険者の入社〔取得日：令和 年 月 日〕 <input type="checkbox"/> 収入が減少した〔減少した日：令和 年 月 日〕	
	<input type="checkbox"/> 退職した〔退職日：令和 年 月 日〕 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と結婚〔結婚した日：令和 6 年 12 月 25 日〕	
	<input type="checkbox"/> その他〔理由： 〕〔事由発生日：令和 年 月 日〕	
申請前の健康保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険に加入していた <input type="checkbox"/> 無保険〔令和 年 月 日 から未加入〕	
	<input checked="" type="checkbox"/> ※健康保険組合の <input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者                 として加入していた（いる）	
	<input checked="" type="checkbox"/> ※共済組合・協会けんぽの	
	<input type="checkbox"/> ※任意継続被保険者の	
	上記の※で被扶養者として加入していた（いる）場合、資格喪失（予定）の日〔令和 6 年 12 月 25 日〕	
	上記※の被保険者氏名〔 鈴木 正 〕と左記の方と申請対象者との続柄〔 父 〕	
現在の収入	<input checked="" type="checkbox"/> 収入あり〔年間収入額合計 800,000 円〕 <input type="checkbox"/> 収入なし	
	<input checked="" type="checkbox"/> 給与収入（パート・アルバイト等） <input type="checkbox"/> 18歳未満	
	<input type="checkbox"/> 年金収入（老齢基礎・厚生・遺族・障害・1 <input type="checkbox"/> 学生中（高校生・大学生・院生等）	
	<input type="checkbox"/> 自営業（営業等所得・不動産・農業等） <input type="checkbox"/> 所得証明書（原本）〔いつ頃から：令和 年 月 日〕	
	<input type="checkbox"/> 給与年金以外の収入（個人年金・配当等） <input type="checkbox"/> 源泉徴収票（写可）〔いつ頃から：令和 年 月 日〕	
	<input type="checkbox"/> 出産手当金〔分娩予定日：令和 年 月 日〕 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給終了〔終了日：令和 年 月 日〕	
雇用保険	<input type="checkbox"/> 傷病手当金〔受給満了日：令和 年 月 日〕 <input type="checkbox"/> 病気療養中〔いつ頃から：令和 年 月 日〕	
	<input type="checkbox"/> その他〔 〕 <input type="checkbox"/> その他〔 〕	
	<input type="checkbox"/> 雇用保険あり〔退職日：令和 年 月 日〕 <input type="checkbox"/> 雇用保険なし〔退職日：令和 年 月 日〕	
申請者への扶養義務	<input type="checkbox"/> 受給しない〔理由： 〕 <input type="checkbox"/> 未加入	
	<input type="checkbox"/> 受給中〔受給日額 円〕 <input type="checkbox"/> 加入期間の不足	
	<input type="checkbox"/> 受給延長中または手続き予定 <input type="checkbox"/> 〔令和 年 月 日就職～令和 年 月 日退職〕	
	<input type="checkbox"/> 給付制限期間中	
申請者への扶養義務	<input type="checkbox"/> 被保険者の他に扶養する義務がある方がいる <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者の他に扶養する義務がある方がいない	
	<input type="checkbox"/> 被保険者の配偶者〔年間収入合計 円〕 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者の配偶者	
	<input type="checkbox"/> 申請者の配偶者〔年間収入合計 円〕 <input type="checkbox"/> 〔 <input type="checkbox"/> 未婚・ <input type="checkbox"/> 離別・ <input type="checkbox"/> 死別・ <input checked="" type="checkbox"/> 申請者が配偶者〕	
	<input type="checkbox"/> 上記以外の方〔年間収入合計 円〕 <input type="checkbox"/> 申請者の配偶者	
	<input type="checkbox"/> 〔氏名： 〕〔続柄： 〕〔同居・別居〕 <input type="checkbox"/> 〔 <input type="checkbox"/> 未婚・ <input type="checkbox"/> 離別・ <input type="checkbox"/> 死別（遺族年金 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無）〕	
同居・別居	<input type="checkbox"/> 上記以外の方〔年間収入合計 円〕 <input type="checkbox"/> 扶養義務がある方がまったくいない	
	<input type="checkbox"/> 〔氏名： 〕〔続柄： 〕〔同居・別居〕                 被保険者の他に扶養する義務がある方が生計維持しない理由	
	<input type="checkbox"/> 〔氏名： 〕〔続柄： 〕〔同居・別居〕                 〔 〕	
同居・別居	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と同居している <input type="checkbox"/> 被保険者と別居している	
	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と住民票も居所も同一である <input type="checkbox"/> 被保険者が単身赴任・申請者の進学のため	
	<input type="checkbox"/> 被保険者と住民票は別であるが居所が同一である <input type="checkbox"/> その他〔理由： 〕	
	〔被保険者からの送金額：（毎月） 円〕	
	〔被保険者以外の送金額：（毎月） 円〕	

扶養申請にあたり、提出書類すべてにおいて未記入や未提出書類があった場合、受理できません。  
 申請される方の収入や生活実態、被保険者の経済的扶養能力を総合的に審査し、認定の可否を決定します。  
 上記の状況を提出いただいた証明書類で審査できない場合は、再度必要書類の提出をお願いします。

申請者の状況によって、添付書類が異なります。  
詳細は組合HP「被扶養者認定に必要な添付書類」を  
ご確認ください。

### 認定申請者状況届

添付して下さい。(出生児、被保険者入社時における18歳未満の実子を除く)

記号・番号	123 - 2345678	申請者の氏名	加島 英子		
被保険者氏名	加島 知之	被保険者との続柄	妻	申請者の年齢	42 歳

認定申請者の状況について該当するものすべてに☑し、申請に至った状況を詳細に記入して下さい。

申請理由	<input type="checkbox"/> 被保険者の入社〔取得日：令和 年 月 日〕 <input type="checkbox"/> 収入が減少した〔減少した日：令和 年 月 日〕 <input checked="" type="checkbox"/> 退職した〔退職日：令和 6 年 6 月 30 日〕 <input type="checkbox"/> 被保険者と結婚〔結婚した日：令和 年 月 日〕 <input type="checkbox"/> その他〔理由： 〕〔事由発生日：令和 年 月 日〕	
申請前の健康保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険に加入していた <input type="checkbox"/> 無保険〔令和 年 月 日 から未加入〕 <input type="checkbox"/> ※健康保険組合の <input type="checkbox"/> ※共済組合・協会けんぽの <input checked="" type="checkbox"/> ※任意継続被保険者の	
現在の収入	<input type="checkbox"/> 収入あり〔年間収入額合計 円〕 <input checked="" type="checkbox"/> 収入なし <input type="checkbox"/> 給与収入（パート・アルバイト等） <input type="checkbox"/> 18歳未満 <input type="checkbox"/> 年金収入（老齢基礎・厚生・遺族・障害・企業） <input type="checkbox"/> 18歳以上で就学中（高校生・大学生・院生等） <input type="checkbox"/> 自営業（営業等所得・不動産・農業等） <input type="checkbox"/> 無職・無収入〔いつ頃から：令和 年 月 日〕 <input type="checkbox"/> 給与年金以外の収入（個人年金・配当等） <input type="checkbox"/> 自営業を廃業した〔廃業日：令和 年 月 日〕 <input type="checkbox"/> 出産手当金〔分娩予定日：令和 年 月 日〕 <input checked="" type="checkbox"/> 雇用保険受給終了〔終了日：令和 6 年 12 月 6 日〕 <input type="checkbox"/> 傷病手当金〔受給満了日：令和 年 月 日〕 <input type="checkbox"/> 病気療養中〔いつ頃から：令和 年 月 日〕 <input type="checkbox"/> その他〔 〕 <input type="checkbox"/> その他〔 〕	
	<input checked="" type="checkbox"/> 雇用保険あり〔退職日：令和 6 年 6 月 30 日〕 <input type="checkbox"/> 雇用保険あり〔 日〕 <input type="checkbox"/> 受給しない〔理由： 〕 <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 受給中〔受給日額 円〕 <input type="checkbox"/> 加入期間 <input type="checkbox"/> 受給延長中または手続き予定 <input type="checkbox"/> 給付制限期間中〔令和 年 月 日就職～令和 年 月 日退職〕	
申請者への扶養義務	<input type="checkbox"/> 被保険者の他に扶養する義務がある方がいる <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者の他に扶養する義務がある方がいない <input type="checkbox"/> 被保険者の配偶者〔年間収入合計 円〕 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者の配偶者 <input type="checkbox"/> 申請者の配偶者〔年間収入合計 円〕〔 <input type="checkbox"/> 未婚・ <input type="checkbox"/> 離別・ <input type="checkbox"/> 死別・ <input checked="" type="checkbox"/> 申請者が配偶者〕 <input type="checkbox"/> 上記以外の方〔年間収入合計 円〕 <input type="checkbox"/> 申請者の配偶者 〔氏名： 〕〔続柄： 〕〔同居・別居〕〔 <input type="checkbox"/> 未婚・ <input type="checkbox"/> 離別・ <input type="checkbox"/> 死別（遺族年金 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無）〕 <input type="checkbox"/> 上記以外の方〔年間収入合計 円〕 <input type="checkbox"/> 扶養義務がある方がまったくない 〔氏名： 〕〔続柄： 〕〔同居・別居〕 被保険者の他に扶養する義務がある方が生計維持しない理由 <input type="checkbox"/> 上記以外の方〔年間収入合計 円〕〔 〕 〔氏名： 〕〔続柄： 〕〔同居・別居〕〔 〕	
	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と同居している <input type="checkbox"/> 被保険者と別居している <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と住民票も居所も同一である <input type="checkbox"/> 被保険者が単身赴任・申請者の進学のため <input type="checkbox"/> 被保険者と住民票は別であるが居所が同一である <input type="checkbox"/> その他〔理由： 〕 〔理由： 〕〔被保険者からの送金額：（毎月） 円〕 〔理由： 〕〔被保険者以外の送金額：（毎月） 円〕	

雇用保険受給終了  
・所得証明書（原本）  
・雇用保険受給資格者証（写可）  
※支給終了印が押印してあるもの

扶養申請にあたり、提出書類すべてにおいて未記入や未提出書類があった場合、受理できません。  
申請される方の収入や生活実態、被保険者の経済的扶養能力を総合的に審査し、認定の可否を決定します。  
上記の状況を提出いただいた証明書類で審査できない場合は、再度必要書類の提出をお願いします。

申請者の状況によって、添付書類が異なります。  
詳細は組合HP「被扶養者認定に必要な添付書類」を  
ご確認ください。

### 認定申請者状況届

お読みください。(出生児、被保険者入社時における18歳未満の実子を除く)

記号・番号	123 - 3456789	申請者の氏名	野田 修平		
被保険者氏名	野田 健作	被保険者との続柄	長男	申請者の年齢	19 歳

認定申請者の状況について該当するものすべてに☑し、申請に至った状況を詳細に記入して下さい。

申請理由	<input type="checkbox"/> 被保険者の入社〔取得日：令和 年 月 日〕 <input type="checkbox"/> 収入が減少した〔減少した日：令和 年 月 日〕 <input type="checkbox"/> 退職した〔退職日：令和 年 月 日〕 <input type="checkbox"/> 被保険者と結婚〔結婚した日：令和 年 月 日〕 <input checked="" type="checkbox"/> その他〔理由：今まで妻が扶養していたが、妻が退職したため〕〔事由発生日：令和 6 年 11 月 30 日〕	
申請前の健康保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険に加入していた <input type="checkbox"/> 無保険〔令和 年 月 日 から未加入〕 <input checked="" type="checkbox"/> ※健康保険組合の <input type="checkbox"/> ※共済組合・協会けんぽの <input type="checkbox"/> ※任意継続被保険者の <input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 として加入していた(いる) 上記の※で被扶養者として加入していた(いる)場合、資格喪失(予定)の日〔令和 6 年 11 月 30 日〕 上記※の被保険者氏名〔野田 雅子〕と左記の方と申請対象者との続柄〔妻〕	
現在の収入	<input type="checkbox"/> 収入あり〔年間収入額合計 円〕 <input type="checkbox"/> 給与収入(パート・アルバイト等) <input type="checkbox"/> 年金収入(老齢基礎・厚生・遺族・障害・企業) <input type="checkbox"/> 自営業(営業等所得・不動産・農業等) <input type="checkbox"/> 給与年金以外の収入(個人年金・配当等) <input type="checkbox"/> 出産手当金〔分娩予定日：令和 年 月 日〕 <input type="checkbox"/> 傷病手当金〔受給満了日：令和 年 月 日〕 <input type="checkbox"/> その他〔 〕	<input checked="" type="checkbox"/> 収入なし <input type="checkbox"/> 18歳未満 <input checked="" type="checkbox"/> 18歳以上で就学中(高校生・大学生・院生等) <input type="checkbox"/> 無職・無収入〔いつ頃から：令和 年 月 日〕 <input type="checkbox"/> 自営業 <span style="border: 1px solid blue; padding: 2px;">18歳以上の学生</span> <input type="checkbox"/> 雇用保 <span style="border: 1px solid blue; padding: 2px;">・学生証(写)又は入学証明書(写可)</span> <input type="checkbox"/> 病気療養中〔いつ頃から：令和 年 月 日〕 <input type="checkbox"/> その他〔 〕
雇用保険	<input type="checkbox"/> 雇用保険あり〔退職日：令和 年 月 日〕 <input type="checkbox"/> 受給しない〔理由： 〕 <input type="checkbox"/> 受給中〔受給日額 円〕 <input type="checkbox"/> 受給延長中または手続き予定 <input type="checkbox"/> 給付制限期間中	<input type="checkbox"/> 雇用保険なし〔退職日：令和 年 月 日〕 <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 加入期間の不足 〔令和 年 月 日就職～令和 年 月 日退職〕
申請者への扶養義務	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者の他に扶養する義務がある方がいる <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者の配偶者〔年間収入合計 円〕 <input type="checkbox"/> 申請者の配偶者〔年間収入合計 円〕 <input type="checkbox"/> 上記以外の方〔年間収入合計 円〕 〔氏名： 〕〔続柄： 〕〔同居・別居〕 上記以外の方〔年間収入合計 円〕 〔氏名： 〕〔続柄： 〕〔同居・別居〕 上記以外の方〔年間収入合計 円〕 〔氏名： 〕〔続柄： 〕〔同居・別居〕	<input type="checkbox"/> 被保険者の他に扶養する義務がある方がいない <input type="checkbox"/> 被保険者の配偶者 〔 <input type="checkbox"/> 未婚・ <input type="checkbox"/> 離別・ <input type="checkbox"/> 死別・ <input type="checkbox"/> 申請者が配偶者〕 <input type="checkbox"/> 申請者の配偶者 〔 <input type="checkbox"/> 未婚・ <input type="checkbox"/> 離別・ <input type="checkbox"/> 死別(遺族年金 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)〕 <input type="checkbox"/> 扶養義務がある方がまったくない 被保険者の他に扶養する義務がある方が生計維持しない理由 〔 〕
同居・別居	<input type="checkbox"/> 被保険者と同居している <input type="checkbox"/> 被保険者と住民票も居所も同一である <input type="checkbox"/> 被保険者と住民票は別であるが居所が同一である 〔理由： 〕	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と別居している <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者が単身赴任・申請者の進学のため <input type="checkbox"/> その他〔理由： 〕 〔被保険者からの送金額：(毎月) 円〕 〔被保険者以外の送金額：(毎月) 円〕

扶養申請にあたり、提出書類すべてにおいて未記入や未提出書類があった場合、受理できません。  
申請される方の収入や生活実態、被保険者の経済的扶養能力を総合的に審査し、認定の可否を決定します。  
上記の状況を提出いただいた証明書類で審査できない場合は、再度必要書類の提出をお願いします。

