

健康保険被扶養者認定対象者現況届

適3-①-1

参考添付書類 ※【原本】の表示のないものはコピーで提出してください

認定対象者氏名 (フリガナ) ケンポ ハナコ (氏名) 健保 花子	性別 男・女	続柄 妻	世帯 世帯	同居・別居 単身赴任
生年月日 99年99月99日	年齢 99歳	職業 無職		

問1 ・所得証明書【原本】 ※認定対象者が16歳以上の場合、無職無収入・学生等であっても必要です
・被保険者の給与所得の源泉徴収票（認定申請書を提出する日の属する年の前年分）

被保険者と認定対象者の世帯関係を○で囲む

【認定対象者について下記の質問に、ご回答ください。】

問1. 認定申請をするにあたり、申請理由・現在の状況等について詳しくご記入ください。

〇〇年△△月××日退職により、現在無職無収入のため被扶養者にしたい。

具体的に記入する

問2. 就労状況について該当項目に○をし、必要事項をご回答ください。 ※複数回答可

- ① 今まで就職（パート・アルバイト等を含む）したことがない
- ② 今まで就職（パート・アルバイト等を含む）したことがある
（直近の退職）平成・令和 年 月 日
- ③ 現在も就職している（パート・アルバイト等を含む）

問2-② 該当する項目番号を○で囲む

問3. 収入について、認定申請以降向こう1年間の収入見込額ををご記入ください。

収入内訳		収入見込額
① 給与収入（パート・アルバイトを含む）		円
② 営業、農業等による事業収入		円
③ 家賃、不動産等による収入		円
④ 年金収入	国民年金（基礎年金）	老齢・遺族・障害 円
	厚生年金	老齢・遺族・障害 円
	共済年金	老齢・遺族・障害 円
	恩給	名称： 円
	私的年金（企業年金、個人年金等）	名称： 円
その他の年金	名称： 円	
⑤ 雇用保険支給見込額		円
⑥ その他（名称：		円
収入見込合計額		円

問3-④ 該当する収入の見込額を記入する

問4. 過去2年間の退職に伴う雇用保険の状況について該当項目に○をし、必要事項をご回答ください。 ※複数回答可、退職毎の状況をご回答ください。

雇用保険の状況	退職年月日 (1)	退職年月日 (2)
① 加入していなかった	平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
② 手元に雇用保険喪失決定通知書がある	平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
③ 手元に離職票-1、-2がある	平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
④ 手元に受給延長通知がある	④-(1) 手元に離職票-1、-2がある	平・令 年 月 日
	④-(2) 手元に受給資格者証がある	平・令 年 月 日
⑤ 現在受給中である	平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
⑥ 受給が終了した	平・令 年 月 日	平・令 年 月 日

問4-② 具体的に記入する

問4-⑤ 雇用保険受給資格者証および「雇用保険受給額推計」申立書（適3-④）
問4-⑥ 雇用保険受給資格者証 ※「支給終了」が表示されているものの表裏（続紙がある場合は続紙も含む）をコピーする

問5. 認定申請直前の健康保険加入状況について該当項目に○をし、必要事項をご回答ください。

- ① 国民健康保険 (イ) 加入中
(ロ) 平成・令和 年 月 日 まで加入していた
- ② 国民健康保険以外の健康保険 (1) 被保険者(本人)
(2) 任意継続被保険者(本人) (イ) 加入中
(3) 被扶養者(家族) (ロ) 平成・令和 年 月 日 まで加入していた
- ③ 健康保険未加入

問6. 別居している場合の生計費送金状況該当項目に○をし、必要事項をご回答ください。

月額	年間送金額	送金開始年月日	送金方法
円	円	平成・令和 年 月 日	振込・現金書留

問7. 被保険者に配偶者がいますか？該当項目に○をし、必要事項をご回答ください。

※認定対象者が被保険者の配偶者である場合は回答不要

- ① いる 被保険者の配偶者はジェイティ健康保険組合の「保険証」を持っていますか？
(1) 持っている (イ) その保険証は「本人」と表示されている
配偶者の記号・番号 _____
配偶者の氏名 _____
(ロ) その保険証は「家族」と表示されている
- (2) 持っていない (イ) 配偶者の前年分の年間収入 _____ 円
- ② いない (1) 死亡または離婚
(2) その他

問8. 認定対象者には配偶者がいますか？該当項目に○をし、必要事項をご回答ください。

※認定対象者が被保険者の配偶者である場合は回答不要

- ① いる ・ 認定対象者の配偶者の前年分の年間収入 _____ 円
- ② いない (1) 死亡または離婚
(2) その他

問9. 認定対象者と被保険者が同居している場合で、被保険者のほかに認定対象者を扶養する義務のある方が同居していますか？該当項目に○をし、必要事項をご回答ください。(例：同居するご両親の申請で、兄弟姉妹も同居している等)

※認定対象者が被保険者の配偶者及び子(養子を含む)の場合は回答不要

- ① いる ・ 認定対象者および被保険者と同居する扶養義務者の前年分の年間収入 _____ 円
- ② いない

上記事項について相違ありません。事実を確認する添付書類とともに届出いたします。

ジェイティ健康保険組合 理事長 殿

記号 999 番号 9999999

被保険者氏名

問5-①-

問5-①-

問5-②-

問5-②-

問5-②-

問6

問7-①- (1) - (ロ)

問7-①- (2) - (イ)

問7-②- (1)

問8-①

問8-②

問9-①

該当する項目番号を○で囲み、必要事項を記入する

健康保険証任意継続資格喪失証明書
健康保険資格喪失証明書

※認定対象者が直系尊属、兄弟姉妹及び孫で被保険者と別居している場合は、認定申請書を提出する日の属する月の前月分より遡る連続する過去3ヵ月分の送金実績
【例】4月に認定申請を行う場合、3月、2月、1月の送金実績が必要
※認定対象者が被保険者の配偶者、子、直系尊属、兄弟姉妹及び孫以外で被保険者と別居している場合は、被扶養者の対象外です

配偶者のジェイティ健保「保険証」

配偶者の所得証明書および問2、問3記載する収入関係確認書類

戸籍謄本等、事実が確認できる書類

認定対象者の配偶者の所得証明書および問2、問3に記載する収入関係確認書類

保険証の記号一番号、被保険者氏名を記入する。

記載する収入関係確認書類

【注意事項】

上記の添付書類は、一般的な例であり、認定申請書類のご提出後、追加書類等をお願いする場合がありますのでご了承ください。

また、書類のご提出により被扶養者資格の取得について決定がなされたものではなく、法令等に基づき、ご提出書類により事実を確認のうえ、ジェイティ健康保険組合が決定いたします。