

# 被扶養者申請理由書

認定 \_\_\_\_\_ 不認定 \_\_\_\_\_

常務理事	事務長	担当	担当

この申請理由書は、健康保険法第197条第2項に基づき提出が求められている「被扶養者(異動)届」の記載内容について、当健康保険組合の被扶養者認定基準に基づく審査を行なうために提出をいただきます。

被保険者氏名	記号	番号	取得年月日
健保 元気	1234	56789	昭平令 〇〇年△△月〇〇日
申請対象者(ご親族)の氏名	続柄	生年月日	同居・別居
健保 花子	長女	昭平令 〇〇年△△月〇〇日	同居・別居
		昭平令 年 月 日	同居・別居
		昭平令 年 月 日	同居・別居

## ① あなたが扶養しなければならない具体的な理由：

例) 会社を退職し、失業給付を受給していたが受給は終了した。

就職先が見つからず、アルバイトによる収入見込が年間130万円未満のため。

具体的な内容、現在の状況等をご記入ください。

## ② 親族構成

氏名	続柄	年齢	職業	年収見込	同居・別居	申請対象者への援助額	扶養できない理由
健保 良子	妻	〇	無職	0万円	同居・別居	0円/月	妻は収入がないため
健保 太郎	長男	△	会社員	350万円	同居・別居	0円/月	別居で対象者へ援助をしていないため
				万円	同居・別居	円/月	
				万円	同居・別居	円/月	

## ③ 申請対象者が現在、加入している医療保険

(該当する項目に〇印、該当欄に記入をしてください)

(イ) 健康保険組合・全国健康保険協会

資格取得日: 〇〇年△△月〇〇日

(ロ) 国民健康保険

資格取得日: 年 月 日

(ハ) 共済組合・その他

資格取得日: 年 月 日

(ニ) 健康保険未加入

未加入: 年 月から

## ④ 家計について(申請を受けようとする者との1ヶ月の世帯合計実績(見込)を記入)

※家計収支が一致するようにご記入ください。

※別居の場合は、別紙「家計について(別居の家族の扶養申請用)」に記入

収入額	被保険者から	円	支出額	年払いや月額に増減がある場合は、月平均に換算して記入	
				項目	金額
収入額	申請対象者から	円	支出額	住居費(家賃・ローン等)	100,000円
	(より)	被保険者・申請対象者以外から (配偶者・その他家族からの仕送り・各種手当等)		食費	80,000円
				水道・光熱費・電話代	50,000円
				被服費・交際費	50,000円
				教育費	0円
				医療費	10,000円
				税金・社会保険料	80,000円
生命・損害保険料	30,000円				
				0円	0円
計	400,000円	計	400,000円		

収入額と支出額が同じになるようにご記入ください。

※該当する項目に○印、該当欄に記入をしてください

		対象者氏名		
⑤ 申請対象者の収入状況(年収)		健保 花子		
勤 労 収 入	パート・アルバイト・内職・その他( )	600,000 円	円	円
年 金 収 入	厚生年金(老齢・障害・遺族)・国民年金(老齢・障害・遺族)・各種共済年金・船員保険年金・企業年金・個人年金などすべての年金収入	円	円	円
事 業 収 入	不動産等の自家営業・農業・漁業・林業・その他( )	円	円	円
恩 給 収 入		円	円	円
雇 用 保 険 給 付 金		円	円	円
休 業 補 償 費		円	円	円
そ の 他	不動産 傷病	円	円	円
		600,000 円	円	円
⑥ 雇用保険給付金等の状況(申請対象者が退職されている方)		※該当する項目に○印、該当欄に記入をしてください		
(イ) 雇用保険未加入・失業給付受給資格なし		はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
(ロ) 今後は、失業給付の受給をしない		はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
理由 :				
(ハ) 今現在、失業給付を受給していない		はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
理由 :	これから失業給付の手続きに行くため。			
(ニ) 失業給付受給中		はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
(ホ) 受給終了		はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
⑦ 医療助成制度等の状況(申請中)方				
(イ) 乳幼児・義務教育	失業給付の手続き予定のため 受給延長の手続き予定のため	1・2	1・2	1・2
(ロ) 心身障害者医療	失業給付の給付制限期間のため	1・2	1・2	1・2
(ハ) ひとり親家庭医療	受給延長期間のため 等	1・2	1・2	1・2
(ニ) その他 (制度名記入)		1・2	1・2	1・2

**【参照】当健康保険組合被扶養者認定基準(抜粋)** ※収入などの認定基準を満たしている場合に署名してください。

**第7条** 被保険者は、認定を受けようとする親族が被扶養者の要件に該当することを公的証明書等で証明しなければならない。

- 被保険者との親族関係
- 生計維持の関係
- 本基準第3条第1項(2)及び(4)の該当者については同居の関係

2 満16歳以上の認定対象者については、収入の有無、もしくは収入額を客観的に判断できるものを公的証明書等で証明しなくてはならない。また、これを証明できない者に対し、組合は以下の証明書等の提出を求めることができる。

- 学生の場合—在学証明書  
ただし、高等学校および高等専門学校に通う者は学生証の写しも可とする。
- 病気の場合—医師の診断書または証明書
- 身体障害の場合—身体障害者手帳の写しあるいは医師の診断書または証明書
- (1)から(3)が添付できない場合の証明書

3 被保険者とは異なる核家族の構成員であって、被保険者とは世帯を異にしている親族については、次の事情または事実を証明しなければならない。

- 送金または生計費支弁の事実
- 扶養義務の先順者または同順者があるときは、それらの者の扶養能力の有無あるいは扶養の可否の事情
- 同一世帯内に、認定対象者に対する健康保険法上の扶養能力のある者が2名以上いる場合には、各扶養能力者は年間収入を証明しなければならない。
- 前各項に規定する証明に関し、組合は個人情報の収集目的を明確にし、個人情報保護法ならびに関連法令、通達などにしたがって厳正に取り扱うものとする。

**第8条** 本基準第7条第2項に規定する就労年齢にある者のうち、同項(1)から(3)に該当しない者については、結婚や就職(パート、アルバイト、内職を含む)によって扶養関係に異動が生じた場合の早期の届出義務、および届出遅延によって生じた過誤給付についての弁済責任を明らかにする誓約を別に定める申請書類の署名によって行うものとする。

わたくしは記載事項について、三越伊勢丹健康保険組合が定めた被扶養者認定基準第7条「扶養の事実に関する証明義務」および第8条「誓約の署名」に基づく申請である事実と相違ありません。

令和 ○年 △月 ○日

署 名 健保 元気

連絡先 (内線 ○○-○○○○) (外線 ○○-○○○○-○○○○)

**三越伊勢丹健康保険組合理事長 殿**