

明電舎健康保険組合 理事長 殿

記号・番号：

所 属：

氏 名：



申 告 書

私の扶養家族（続柄：_____、氏名：_____）について、下記の通り申告します。
 なお、年間収入が被扶養者認定基準の限度額を超えることが判った場合など、被扶養者の資格がなくなった場合は、直ちに減員の手続きをします。

記

1. 被扶養者となしたい理由（認定希望日：平成 年 月 日）

(1) 退職後、無収入又は雇用保険の受給のみのため

a. 退職年月日：平成 年 月 日

b. 退職理由（自己都合 ・ 会社都合）

c. 勤務年数： 年

d. 雇用保険加入状況（加入 ・ 未加入）

(2) 年間収入が限度額未満のため

(3) 雇用契約変更のため（正社員→パートなど） 変更年月日：平成 年 月 日

(4) 雇用保険の受給が終了したため（受給終了日：平成 年 月 日）

(5) その他： _____

2. 認定対象者の現在の収入状況（認定日以降の年間収入見込み額を記入してください）

※1～8の項目を全て記入のこと。収入がない場合は空欄とせず、必ず「0」ゼロと記入してください。

収入項目	年間収入額	収入項目	年間収入額	備 考
1. 勤労収入	円	5. 自家営業収入	円	
2. 公的年金（遺族・障害年金含む）	円	6. 農業収入	円	
3. 雇用保険	円	7. 不動産収入	円	
4. 傷病手当金	円	8. その他	円	
計	円			

3. 認定対象者が配偶者の場合（婚姻後1年未満の方のみ記入） 婚姻日：平成 年 月 日

4. 認定対象者が父母（又は祖父母）で、どちらか一人を申告する場合、その配偶者の収入状況、他

(1) 配偶者について：①他の健康保険組合、国保などに加入 ②死亡 ③別居（離婚など）

(2) ①の場合 … 配偶者の年間収入 : 円

②の場合 … 遺族年金の受給（申請中も含む） : 有 ・ 無

③の場合 … 配偶者からの仕送り : 有 ・ 無

5. 認定対象者が現在、加入している健康保険について

(1) 任意継続保険 (2) 国民健康保険 (3) 被扶養者として加入（誰の： _____）

(4) 未加入（平成 年 月 日 脱退）

6. 被保険者の年間収入額 円 印 ※各事業所の健保担当者が記入、押印

7. 認定対象者が別世帯の場合 ※単身赴任・学校通学の場合は記入不要

毎月の仕送り額： 円

※ 事実と相違する申告は、健康保険法により「給付の返還」などの罰則を受けることがあります。

※ 添付書類は「提出書類一覧表」を参照願います。