記入例

※ 添付書類は「提出書類一覧表」を参照願います。

明電舎健康保険組合 理事長　殿

必ず記入すること。

記入日：令和××年××月××日

被保険者証の記号・番号

記号・番号：××－××××××
所　　属：○○　部　○○　課
氏　　名：○○　○○○

申　告　書

私の扶養家族（続柄：妻　、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)～(5)の該当するものにレ点をつける。(5)の場合は詳細を記入。

1. 被扶養者としたい理由（認定希望日：令和××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：令和△△年△△月△△日　　b. 勤務年数：　××年××月
　c. 雇用保険加入状況　・☐加入　退職理由→　☐自己都合　・　☐会社都合
　　・☐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：令和　　年　　月　　日
☐(4) 雇用保険の受給が終了したため（受給終了日：令和　　年　　月　　日）
☐(5)その他：……

［年間収入の考え方］
＜１.勤労収入：.現在働いている場合＞
年の途中で雇用契約を変更した、又は働き始めた場合　→　収入金額が変更（又は収入が発生）した日から先 1 年間の見込額を記入。
＜２．公的年金：遺族、障害年金を含む＞
年金振込額改定通知書又は直近の年金振込通知書「金額×6 回」（1 年分）を記入。
＜３．雇用保険：退職した場合＞
・雇用保険の失業給付受給見込額を記入。
＜４．傷病手当金～８その他まで＞
上記以外の収入は、希望認定日～先１年間の収入見込額を４．～８の該当する箇所に全て記入。

2. 扶養者の収入状況（希望認定日以降の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

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	0 円	5.自家営業	0 円	
2.公的年金	0 円	6.農業収入	0 円	
3.雇用保険	×××,××× 円	7.不動産収	0 円	
4.傷病手当金	0 円	8.その他	0 円	
計			×××,×	

支給開始日を備考欄に記入

3. 扶養者が申請前に加入していた健康保険について　(1)～(4)の該当するものにレ点をつける。
☐(1) 他健保　☐(2) 国民健康保険　☐(３) 未加入（令和　　年　　月　　日 脱退）
☐(４) 明電健保（記号番号　　）

該当する場合に記入

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：　☐有　・　☐無
　　☐③の場合　…　仕送り　　：　☐有　・　☐無

5. 被保険者の年間収入額　　×,×××,××× 円　　※各事業所の健保担当者が記入

＊訂正した場合、訂正者の訂正印押印をお願いいたします。
＊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。