

健康保険 被扶養者申請申立調書(1)

1. 被保険者の氏名等

記号・番号	氏名	生年月日	報酬月額
		年 月 日	千円

2. 認定申請被扶養者の氏名等

認定申請被扶養者氏名	続柄	生年月日	同居・別居	住所(別居の場合)
		年 月 日		
扶養の理由(別居の場合はその理由も記入のこと)				

3. 認定申請被扶養者の前職等

会社名		保険者名	
所在地	☒		
喪失年月日		喪失理由	

4. 前職の雇用保険等の失業給付制度の加入状況について

- (1) 雇用保険等に加入していた
 (2) 雇用保険等に入っていないかつ
 理由 ()

5. 雇用保険に加入していた場合は、下欄(※欄)の該当箇所に○印をつけてください。

雇用保険に関する事項	※欄	添付書類
1. 受給終了		1～3の場合は雇用保険受給資格者証(両面)の写し
2. 現在受給中		
3. 受給待機中		
4. 延長中		4の場合は延長証明書
5. 近々申請予定(離職票交付有)		5の場合は離職票-2の写し
6. 受給しない又は受給できない		6の場合は離職票-1・2の写し
上記6の場合はその理由を記入してください		

注 6の場合、ハローワークで「就職活動をしない旨の申出」を行い、証明(確認)を受けてください。

6. 誓約事項

被扶養者認定後、雇用保険から失業給付(基本手当)を受給又はその他の収入が生じ、認定基準額(日額(3,611円)以上の収入になった場合は、その時点で被扶養者の削除の手続きを速やかに行うことを誓約します。

西暦 年 月 日

被保険者氏名 _____ ㊞
 (電話番号 _____)