

生計維持関係申告書(Ⅱ)

子の申請用

記入例

<記載案内>

(1)【A】～【G】の各設問について、記入、および該当する□に✓をしてください。

(3)申請内容、添付書類を確認したうえで、追加で添付書類を提出してください。

(2)各設問の回答により、添付書類が必要です。「提出書類一覧表」の書類No.と、添付書類欄のNo.は符合しています。

(4)申請対象者の被扶養者資格については、健康保険組合の届出が必要です。

該当する数字の書類を添付してください。()の書類は「提出書類一覧表」を確認のうえ、該当する場合は添付書類が必要です。申請をすることにより必ず認定されるものではありません。

【A】被扶養者として申請する対象者(ア)		添付書類	
氏名 健保 一郎	続柄 <input checked="" type="checkbox"/> 長男 <input type="checkbox"/> 長女 <input type="checkbox"/> その他()	①②	
	<input type="checkbox"/> 養子 <input type="checkbox"/> 養女	①②	
A-1: (ア)の配偶者の有無	添付書類	A-2: (ア)の配偶者の収入の有無	添付書類
<input checked="" type="checkbox"/> 無 → Bへ	-	<input type="checkbox"/> 無	⑬
<input type="checkbox"/> 有 → A-2へ	-	<input type="checkbox"/> 有 年収 万円	⑲

【B】(ア)の障害の有無	添付書類
<input checked="" type="checkbox"/> 無	-
<input type="checkbox"/> 有	④

【C】(ア)と被保険者の居住	添付書類
<input type="checkbox"/> 同居	-
<input type="checkbox"/> 別居(会社の命による単身赴任)	⑦
<input checked="" type="checkbox"/> 別居(単身赴任以外)	①詳細な理由: 大学が遠方のため
	②被保険者からの仕送り額: 10 万円/月
③(ア)の同居者の有無	-
<input checked="" type="checkbox"/> 無	-
<input type="checkbox"/> 有 氏名 続柄() 年収()万円	-

【D】申請理由	添付書類
<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者の資格取得(入社・定年再雇用)による	事由発生日:資格取得日
<input type="checkbox"/> その他:	事由発生日:申請理由による
	⑨⑩⑪⑫

【E】事由発生日以前の就業について	添付書類
E-1:前々年の1月1日から事由発生日までに就業していたかどうか	添付書類
<input type="checkbox"/> 就業していない → Fへ	(13)
<input type="checkbox"/> 就業していたが、退職した 退職日:平成・令和 年 月 日 → E-2へ	-
<input type="checkbox"/> 自営業をしていたが、廃業した 廃業日:平成・令和 年 月 日 → Fへ	⑭
<input checked="" type="checkbox"/> 現在も就業中 → E-3へ	-

E-2:退職した会社で雇用保険に加入していたかどうか	添付書類
<input type="checkbox"/> 加入していない → Fへ	⑮
<input type="checkbox"/> 加入していた → E-4へ	-

E-3:事由発生日以前、1年の間に雇用保険に加入していたかどうか	添付書類
<input checked="" type="checkbox"/> 加入していない → Fへ	-
<input type="checkbox"/> 加入していたが、脱退した 脱退日:平成・令和 年 月 日 → E-4へ	-
<input type="checkbox"/> 現在も加入中 → Fへ	-

E-4:雇用保険の失業等給付について	添付書類
<input type="checkbox"/> 受給する・受給延長する・受給しない → Fへ	⑯⑰⑱
<input type="checkbox"/> 受給終了している → Fへ	⑰

【F】事由発生日以降の収入見込について *新規申請の際の月額平均は、直近3ヶ月の平均となります
年間収入が130万円未満、月額平均では108,334円未満(障害年金がもらえる程度の心身に重い障害の有る方は、年間収入が180万円未満、月額平均では150,000円未満。19歳以上23歳未満(その年の12月31日現在の年齢)の方は、年間収入が150万円未満、月額平均では125,000円未満。)で、かつ被保険者の年収の2分の1未満に
<input checked="" type="checkbox"/> 該当する → F-1へ <input type="checkbox"/> 該当しない → 被扶養者の申請をすることができません。

F-1:①～⑧の収入について、それぞれ該当する□に✓をし、金額を記入してください	添付書類
給与収入(注2)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 4万 円/月 ⑳
① *金額の多少にかかわらず、給与・賞与・交通費・現物支給など、すべて税引前の金額	<input type="checkbox"/> 無 -
② 報酬 *①給与収入および⑤営業収入以外の収入	<input type="checkbox"/> 有 円/月 ㉑
<input checked="" type="checkbox"/> 無 -	
③ 各種年金 *国民・厚生(老齢、遺族、障害)、共済、個人年金など	<input type="checkbox"/> 有 円/回 ㉒
<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 受給手続き中	(㉓)
④ 各種基金 *企業年金(厚生年金基金等)、国民年金基金など	<input type="checkbox"/> 有 円/回 ㉔
<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 受給手続き中	(㉕)
⑤ 営業収入 *自営業、農業、不動産業(賃貸料)など	<input type="checkbox"/> 有 円/年 ㉖
<input checked="" type="checkbox"/> 無 -	
⑥ 雇用保険失業等給付 *基本手当、受講手当、就業手当、育児休業給付金など	<input type="checkbox"/> 有 円/日 ㉗
<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 受給手続き中	-
⑦ 休業補償費 *健康保険の傷病手当金、労災保険の休業補償など	<input type="checkbox"/> 有 円/日 ㉘
<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 受給手続き中	(㉙)
⑧ 上記以外の収入(被保険者以外からの仕送りなど)	<input type="checkbox"/> 有 円/月 ㉚
()	<input checked="" type="checkbox"/> 無 -
すべての収入の合計(1年分) *収入が無い場合は「0」と記入	48万 円/年 -

(注1)健康保険の年間収入とは、所得税法上とは違い、1月～12月の1年間の収入ではありません。課税か非課税かの区別でもありません。どの連続した12ヶ月間をとっても、上記の収入要件を満たす必要があります。また、自営業者の年間収入は、収支内訳書(青色決算申告書)上、収入金額から売上原価を引いた「差引金額」を収入とします。

(注2)給与収入のみ(F-1欄の②～⑧の収入がない)の対象者で、直近3ヶ月の月額平均が収入要件を超えている場合は、当健保指定の雇用内容証明書(添付書類⑳)を追加で提出してください。

(注3)毎年被扶養者調査が行われるため、収入証明書については、2年間大事に保管しておいてください。

【G】被保険者確認欄 *日付・署名・捺印が無い場合は、扶養申請を受付できません(自署の場合は捺印不要)
横河電機健康保険組合 理事長殿
当申告書の内容に相違ありません。尚、当申告書に事実と相違したことを記載した場合は、認定日に遡り被扶養者の資格を取り消すと同時に、医療費、保険給付金、健診費用等を全額返還することを誓約します。
令和 8 年 3 月 5 日 (被保険者氏名) 健保 太郎

横河電機健康保険組合

【個人情報の取り扱いについて】本申請書に記入された個人情報は、本申請に係る業務処理の目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。

令和8年3月改訂