

生計維持関係申告書(Ⅱ)

< 記入例 >

子の申請用

< 記載案内 >

- (1)【A】～【G】の各設問について、記入、および該当する□にチェックをしてください。
 (2)各設問の回答により、添付書類が必要です。別紙「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。
 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。
 (3)申請内容、添付書類を確認したうえで、追加で添付書類の提出をお願いすることがあります。
 (4)申請対象者の被扶養者資格については、健康保険組合で審査のうえ決定いたします。
 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。

被保険者証		被保険者氏名	
記号	9999	番号	123456
【A】被扶養者として申請する対象者(ア)		添付書類	
氏名	健保 良子	続柄	① 長男 □長女 □二男 □二女 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (三女) □ 養子 □ 養女
*養子女の場合、添付書類にご注意ください		②	
A-1: (ア)の配偶者の有無		添付書類	
<input checked="" type="checkbox"/> 無 □ 有 ⇒ A-2へ		-	
A-2: (ア)の配偶者の収入の有無 *有の場合のみ添付書類必要		添付書類	
□ 無 □ 有 : 円/月 円/年		⑩	
【B】(ア)の障害の有無 *有の場合のみ添付書類必要		添付書類	
<input checked="" type="checkbox"/> 無 □ 有		④	
【C】(ア)と被保険者の居住		添付書類	
<input checked="" type="checkbox"/> 同居		-	
□ 別居 ①詳細な理由:		(7)	
②被保険者からの仕送り額: 円/月		⑤⑥	
③(ア)の同居者の有無: □ 無 □ 有 ⇒ C-1へ		-	
C-1: (ア)の同居者の収入について		添付書類	
氏名	続柄 ()	円/月	円/年
氏名	続柄 ()	円/月	円/年
【D】事由発生日(異動届⑩と同じ)と申請理由について		添付書類	
事由発生日	平成 27 年 8 月 1 日	-	
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者の資格取得(入社・定年再雇用)による □ その他:	⑨ (⑩~⑫)	
【E】事由発生日現在の収入について (収入の種類は、F-1欄参照)		添付書類	
<input checked="" type="checkbox"/> 有 □ 無 ⇒ E-1へ		-	
E-1: 前々年の1月1日から事由発生日までに在職していたかどうか		添付書類	
□ 在職していない		⑬ (⑭⑮)	
□ 在職していたが、退職した ⇒ E-2へ 退職日 平成 年 月 日		-	
□ 自営業をしていたが、廃業した 廃業日 平成 年 月 日		⑭	
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	
□ 加入していない		⑮	
□ 加入していた ⇒ E-3へ		-	

E-3: 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	(注)受給開始日までの期間のみ、被扶養者として申請できます。		⑬⑭⑮
<input type="checkbox"/> 受給延長する	受給開始日より被扶養者からはずす手続きが必要です。		⑬⑭⑮
<input type="checkbox"/> 受給しない	(注)受給することになった場合は、被扶養者からはずす手続きが必要です。		⑬⑭
<input type="checkbox"/> 受給終了している			⑮
【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(60歳以上、または60歳未満でも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)に			
<input checked="" type="checkbox"/> 該当する ⇒ F-1へ □ 該当しない ⇒ 被扶養者の申請をすることができません。			
(注)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ことが必要です。また、自営業者は、確定申告の『総収入』から『直接的必要経費』を差し引いた額となります。所得税法上の「必要経費」がすべて『直接的必要経費』とは勘案されません。			
F-1: 収入の種類について *該当するすべての□にチェックをしてください			
収入の種類	金額	添付書類	
<input checked="" type="checkbox"/> 勤労収入 *給与、賞与、交通費、現物支給など、すべて税引前の総支給額	50,000 円 / 月	⑳	
<input type="checkbox"/> 年金収入 □ 国民・厚生(老齢、遺族、障害)、共済、農業者年金など	円 / 回	㉕ (㉖)	
<input type="checkbox"/> 企業年金(厚生年金基金等)、国民年金基金	円 / 回	㉖	
<input type="checkbox"/> 営業収入 *自営業、農業、不動産業(賃貸料)など	円 / 年	㉘	
<input type="checkbox"/> 給付金 □ 雇用保険失業等給付(基本手当、受給手当、就業手当など)	円 / 日	㉗	
<input type="checkbox"/> 健康保険の傷病手当金(付加金)など	円 / 日	㉙	
<input type="checkbox"/> その他 □ 養育費	円 / 月	-	
<input type="checkbox"/> 被保険者以外からの仕送り(誰から)	円 / 月	⑤	
<input type="checkbox"/> その他 ()	円 / 月	⑩	
すべての収入の合計(1年分) *収入が無い場合は「0」と記入	600,000 円 / 年	-	
【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 上記の通り相違ありません。尚、当申告書に事実と相違したことを記載した場合は、認定日に遡って被扶養者の資格を取り消すとともに、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。			
平成 27 年 8 月 1 日	(被保険者氏名)	健保 太郎	

横河電機健康保険組合