

生計維持関係申告書 (I)

配偶者の申請用

<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		添付書類
記号	番号	氏名	続柄	
【A】被扶養者として申請する対象者 (ア)			続柄	添付書類
			<input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 内夫 <input type="checkbox"/> 内妻	① (②) ①②③
【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 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 ①詳細な理由： ②被保険者からの仕送り額： 円 /月				- (⑦)
【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 年 月 日 申請理由 <input type="checkbox"/> 被保険者の資格取得 (入社・定年再雇用) による <input type="checkbox"/> 被保険者との婚姻による <input type="checkbox"/> その他：				- ⑧⑨ (⑪) 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 type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 在職していない <input type="checkbox"/> 在職していたが、退職した ⇒ E-2へ 退職日 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 自営業をしていたが、廃業した 廃業日 平成 年 月 日				⑬ (⑪⑲) -
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 <input type="checkbox"/> 加入していた ⇒ E-3へ				⑮ -

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。		⑬⑭⑲
<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。		⑬⑭⑳
<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。		⑬⑳
<input type="checkbox"/> 受給終了している			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 (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 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。			
(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 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	円 /月	⑳	
<input type="checkbox"/> 年金収入	円 /回	㉕ (㉖)	
<input type="checkbox"/> 国民・厚生 (老齢、遺族、障害)、共済、農業者年金など <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	円 /日	⑰	
<input type="checkbox"/> 雇用保険失業等給付 (基本手当、受講手当、就業手当など) <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	円 /月	-	
<input type="checkbox"/> 養育費 <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	⑳	
すべての収入の合計 (1年分) *収入が無い場合は「0」と記入		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 年 月 日 (被保険者氏名)			印

横河電機健康保険組合