

生計維持関係申告書(Ⅲ-1)

配偶者・子以外の申請用

Ⅲは、2枚をホチキスで止めて提出

＜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			C-1: (ア)の同居者について				
記号		番号				下記に記入後、C-2へ				
【A】被扶養者として申請する対象者(ア)						添付書類				
氏名		続柄	<input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 実母 ⇒ A-1へ <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 義母 ⇒ A-1へ <input type="checkbox"/> その他() ⇒ A-1へ			氏名				添付書類
			⇒ A-1へ	①または②		(ア)からみた続柄				
			⇒ A-1へ	①		生年月日		T・S・H 年 月 日	T・S・H 年 月 日	-
			⇒ A-1へ	②		職業				
(注)続柄によっては、同居が条件となります。詳細は、ホームページにてご確認ください。						収入		円 / 月	円 / 月	
A-1: (ア)の配偶者の有無						添付書類				
<input type="checkbox"/> 無 ⇒ 死別もしくは離別の場合は、どちらかに○ (死別・離別) <input type="checkbox"/> 有 ⇒ A-2へ										
A-2: (ア)の配偶者の収入の有無 (収入の種類は、A-3欄参照)						添付書類				
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ A-3へ						氏名				添付書類
						(ア)からみた続柄				
A-3: (ア)の配偶者の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						生年月日		T・S・H 年 月 日	T・S・H 年 月 日	-
収入の種類			金額		添付書類	職業				
<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	収入		円 / 月	円 / 月	
<input type="checkbox"/> 年金収入	<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		㉕(㉖)	(ア)を扶養できない理由				
<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	<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		㉗					
<input type="checkbox"/> その他	()		円 / 月		㉚					
すべての収入の合計(1年分)			円 / 年		-					
【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、(ア)の同居者等について						添付書類				
<input type="checkbox"/> 被保険者と同居 ⇒ C-2へ <input type="checkbox"/> 被保険者と別居						氏名				添付書類
①詳細な理由:						(ア)からみた続柄				
②被保険者からの仕送り額: 円 / 月						生年月日		T・S・H 年 月 日	T・S・H 年 月 日	-
③被保険者以外からの仕送り額: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						職業				
*有の場合は、F-1欄「被保険者以外からの仕送り」に記入						収入		円 / 月	円 / 月	
④(ア)の同居者の有無: <input type="checkbox"/> 無 ⇒ C-2へ <input type="checkbox"/> 有 ⇒ C-1へ						(ア)を扶養できない理由				

