

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			(1)	(2)	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		① (②) ① ① (②)	氏名					
(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。						(ア)からみた続柄				
A-1: (ア)の配偶者の有無					添付書類	生年月日	T・S・H 年 月 日	T・S・H 年 月 日		-
<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					-	職業				
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	収入	円 / 月	円 / 月		
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ A-3へ					⑬ (⑳)	(ア)を扶養できない理由				
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						(3)		(4)		添付書類
収入の種類		金額		添付書類	氏名					
<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	(ア)からみた続柄					
<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	円 / 回		㉕ (㉗)	生年月日	T・S・H 年 月 日	T・S・H 年 月 日			-
	<input type="checkbox"/> 企業年金(厚生年金基金等)、国民年金基金	円 / 回		㉖	職業					
<input type="checkbox"/> 営業収入	*自営業、農業、不動産業(賃貸料)など	円 / 年		㉘	収入	円 / 月	円 / 月			
<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		㉟	(ア)を扶養できない理由					
<input type="checkbox"/> その他	()	円 / 月		㉠	C-2: (ア)の扶養義務者について					
すべての収入の合計(1年分)					円 / 年	-	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 下記に記入			
【B】(ア)の障害の有無 *有の場合のみ添付書類必要					添付書類	*扶養義務者とは				
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					④	例1) 被保険者の母の申請の場合→被保険者の父や兄弟姉妹				
【C】(ア)と被保険者の居住、(ア)の同居者等について					添付書類	例2) 被保険者の弟妹の申請の場合→被保険者の両親や兄弟姉妹				
<input type="checkbox"/> 被保険者と同居 ⇒ C-2へ					-	(1)		(2)		添付書類
<input type="checkbox"/> 被保険者と別居						氏名				
①詳細な理由:					(⑦)	(ア)からみた続柄				
②被保険者からの仕送り額: 円 / 月					⑤⑥	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				

生計維持関係申告書(Ⅲ-2)

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

【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	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			
事由発生日	平成 年 月 日	-	収入の種類		金額	添付書類
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"/> その他:	-	<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
		⑨ (⑩~ ⑫)	<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 (㉗)
			<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	㉑
			<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 養育費 <input type="checkbox"/> 被保険者以外からの仕送り(誰から) <input type="checkbox"/> その他 ()	円 / 月	㉕
					円 / 月	㉚
					円 / 年	-
【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) <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		-	⑬ (⑪⑳)			
<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		⑭	-			
廃業日 平成 年 月 日		-	-			
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		-	⑮			
<input type="checkbox"/> 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。	⑯⑰⑱				
<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。	⑯⑱⑳				
<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。	⑱㉑				
<input type="checkbox"/> 受給終了している		㉑				
【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。収入を得ている期間のどの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。						
			【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

【収集する個人情報について】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。

平成30年7月改定