被 扶 養 者 認 定 資 料

1．　この認定資料は、１名につき１枚添付が必要です。（但し 18 歳未満の実子を申請する場合と、18 歳の高校生は不要）

2．　この認定資料に、事実と相違した記載をされ認定を受けた場合は、その認定を取り消すとともにこれに伴い支給された保険給付は、全て返還していただきますので正確に記入してください。

3．　被扶養者として認定する日は、扶養した事実のあった日から 60 日以内に近畿電子産業健康保険組合へ認定届が受付できていれば、扶養した事実のあった日となりますが、60 日を過ぎてからの受付となった場合は、当健康保険組合が認定届を受付した日となります。

4．　近畿電子産業健康保険組合は、この認定資料の記載内容についてその秘密を厳守します。

【被扶養者としたい方について記入してください①～⑦】

被扶養者としたい方の氏名	被保険者との続柄	被扶養者としたい方の現住所	被保険者との居住状況
			同居　・　別居

①　被扶養者として申請する理由（扶養するに至った経緯、その時期について具体的に詳しく記入してください）

②　現在の職業(パート・アルバイト・内職を含む)または、過去３年間で直近の職歴を記入してください。学生の方は学校名・学年

勤務先名：学校名

所在地

職業：学年

※学生の方は、有効期限記載の学生証の写しを添付してください。

③　②の入社および退職年月日とその理由

入社：　　年　　月　　日

退職：　　年　　月　　日(退職理由　　)

④　現在の健康保険の加入状況について

☐ 現在も加入中である

加入方法 ⇒ ☐ 退職後の任意継続被保険者として自身で加入（保険料は　　年　　月分まで納付済）

☐ 被保険者として加入　　☐ 被扶養者として加入

☐ すでに資格喪失(　　年　　月　　日)している　※任意継続被保険者であった場合、喪失証明書を添付してください。

⑤　④の健康保険の種類および名称・記号番号(すでに喪失している方も以前の資格について記入してください)

☐ 健康保険組合または協会けんぽの健康保険　　☐国民健康保険　　☐その他(　　)

名称　　記号－番号　　―

⑥　（1）③を退職されている場合の就労期間中の雇用保険について

☐ 加入

☐ 未加入　※退職および雇用保険未加入であったことがわかる書類を添付してください。

（2）雇用保険に加入していた場合の失業給付金の受給について

☐ 受給中　(　　年　　月　　日から　・　日額　　円)　※受給資格者証の写しを添付してください。

☐ 受給終了　(　　年　　月　　日まで　・　日額　　円)　※受給資格者証の写しを添付してください。

☐ 受給手続き中※離職票１・２の写し＋誓約書を添付してください。

☐ 待期期間中　※受給資格者証の写しを添付してください。

☐ 延長手続中　※離職票１・２の写しまたは、受給資格者証の写し＋誓約書を添付してください。

☐ 受給なし(理由：　　)　※退職日がわかる書類+誓約書を添付してください。

⑦　現在の収入の有無およびその内訳（以下該当する□にレ印を記入してください）

1．年金(国民・厚生・遺族・障害・共済・農業など)、恩給、年金基金	□ 無 ・ □ 有	1ヵ月	円
2．勤労収入（パート・アルバイト・内職など）	□ 無 ・ □ 有	1ヵ月	円
3　事業収入（内容　　）	□ 無 ・ □ 有	1ヵ月	円
4．不動産収入(内容　　)	□ 無 ・ □ 有	1ヵ月	円
5．農業収入	□ 無 ・ □ 有	1ヵ月	円
6．傷病手当金などの休業補償	□ 無 ・ □ 有	1ヵ月	円
7．その他の収入（内容　　）	□ 無 ・ □ 有	1ヵ月	円

※収入額が確認できる書類（年金通知書の写し、給与明細の直近３か月分の写し、確定申告書＋収支内訳書の写しなど）を添付してください。

【被保険者本人について記入してください⑧～⑫】

⑧　家族構成（配偶者および実子以外を申請する場合は、同居・別居に係わらず兄弟姉妹も含めた家族全員について記入してください）

氏名	続柄	年齢	職業	月収（円）	同居・別居	住所
					同 ・ 別	
					同 ・ 別	
					同 ・ 別	
					同 ・ 別	
					同 ・ 別	
					同 ・ 別	

⑨　被扶養者としたい方に対しての所得税法上の扶養控除申告について

□ 有

□ 無

⑩　家族の１ヵ月の所要生計費（概算）

月額＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円（家族 計　　名分）

⑪　被扶養者としたい方に対しての生計費の負担状況について

□ 全部　□ 大半　□ 半分位　□ 半分以下

月額＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

※他の方と共同で負担されている場合は、内訳を記入してください。＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

⑫　被扶養者としたい方と別居している場合の、毎月の生計費の送金について

□ している

(1)毎月の送金額＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

(2)送金開始年月＿＿＿＿年＿＿＿月から

(3)方法　□ 振込み　□ 郵送　□ その他（　　）

※送金の証拠となる書類（振り込み通知書などの写し）を直近３か月分、添付してください。

□ していない

上記のとおり相違ありません。　被保険者等の記号－番号　　－

被保険者氏名

上記を確認しました。　所　在　地

事業所　名　　称

事業主氏名

近畿電子産業健康保険組合理事長 様

令和６年11月改訂