提出先：所属事業所経由→カゴメ健康保険組合

※届出理由に該当するようになったときから５日以内に事業所の担当部署に提出してください。
※扶養認定日は、審査後に健康保険組合で決定します。

扶養状況届

提出年月日	令和　　年　　月　　日

健康保険証の	記号	番号	被保険者氏名	㊞

以下は申請される被扶養者(18歳以上)について記入ください。(注1)

(フリガナ) 被扶養とする者の氏名		続柄	生年月日	昭和 平成	年	月	日	満　才

扶養の理由

この届をするまでの状態：

☐被保険者であった ⇒　☐退職（　　年　　月　　日付）：勤務先 ＿＿＿＿＿＿

退職後現在まで下記健康保険に加入

☐任意継続
☐被扶養者（誰の：　　）　→ 資格喪失証明書添付

☐国民健康保険 → 保険証コピー添付

☐国民健康保険加入中 ⇒ 保険証コピー添付

☐以前からずっと被扶養者であった

誰の ：☐夫 ☐妻 ☐父 ☐母 ☐その他（　　）→ 資格喪失証明書添付

☐無保険（　　ヶ月以上何の健康保険にも加入していない）

被扶養者とする理由：

あなた以外に申請対象者を扶養する者がいる場合：　（例：父、兄、夫）

あなたとの関係：　　援助額：　　円／月額

同居・別居について

☐ 別居　　☐ 同居

（別居の方のみ記入）

同居していない理由：

別居先の世帯主は：

☐被扶養者本人

☐その他（その者の氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿（被保険者との関係）＿＿＿＿＿＿＿＿

被扶養者への仕送額
（要証明（例-銀行振込 等））　　円／月額　（被扶養者となる者の年間収入より多いことが扶養の条件となります）

収入の有・無

被扶養者とする者の<u>今年度</u>の収入：　（<u>公的・私的／企業年金等</u>を含む）

☐無　　例：老齢年金、遺族年金、恩給、障害者年金
適格退職年金、積立（個人）年金　等

☐有　（収入の多少に関係なく内訳を記入）

収入内訳	年収額	添付書類名
	円	
	円	
	円	
合計	円	

所得税法上の扶養控除対象者ですか：

☐ はい　　☐ いいえ　（理由：　　）

雇用保険（失業手当）受給資格

☐無

☐有 → ☐受給しません　☐雇用保険受給終了（　　年　　月　　日付）
☐受給します（注2）　☐受給期間の延長申請予定

（注1）　この届書により被扶養者としての認定を受けた後、事実と相違していることが判明した場合は、遡って資格を喪失しその間の保険給付費等については返還請求いたします。

（注2）　雇用保険を受給する場合は、給付待機期間中も被扶養者として認められません。（詳細はお問い合わせください）