

扶養家族認定申請書（配偶者用）

この扶養家族認定申請書は、配偶者の申請の際、「被扶養者異動届」に、添付書類（※印は添付書類が必要）と一緒に提出ください。

申請者氏名		申請者住所	
生年月日	年 月 日	年齢	同別居の別 同居・別居

申請する家族について（該当する□にチェックの上、必要事項を記入してください）	
申請する理由	<input type="checkbox"/> 被保険者の就職（入社・再雇用）に伴うため
	<input type="checkbox"/> 被保険者との結婚のため 婚姻日 年 月 日※1
	<input type="checkbox"/> 雇用形態変更のため収入減少※2
	<input type="checkbox"/> 退職・自営業を廃業したため 退職日・廃業日 年 月 日※3
	<input type="checkbox"/> 雇用保険の受給終了のため※14
<input type="checkbox"/> その他（具体的な理由 _____）	
直近の健康保険加入状況	<input type="checkbox"/> 勤務していた会社で被保険者として健康保険に加入 <input type="checkbox"/> 無保険である
	<input type="checkbox"/> これまでも被保険者（社員）の被扶養者だった <input type="checkbox"/> 他の健康保険の任意継続被保険者だった※4
	<input type="checkbox"/> 国民健康保険に加入 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
被保険者と別居	<input type="checkbox"/> 被保険者が単身赴任 <input type="checkbox"/> その他（理由 _____） (その他の場合) 被保険者からの仕送り額 円/月※5

現在収入がある方（該当する□にチェックの上、必要事項を記入してください）	
収入の種類	<input type="checkbox"/> 給与収入（パート・アルバイト等）がある 年間収入 円※6 (給与収入のみで他に収入がない方は「被扶養者異動届の備考欄の□欄にチェックしてください）
	<input type="checkbox"/> 年金収入がある（ <input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金） 年間収入 円※7
	<input type="checkbox"/> 自営業収入がある 年間収入 円※8
	傷病手当金の受給（ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無） (有のとき) 受給満了日 年 月 日※9
	出産手当金の受給（ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無） (有のとき) 出産日 年 月 日※9
	<input type="checkbox"/> その他、継続性のある収入がある（内容 _____） 年間収入 円

現在収入がない方（該当する□にチェックの上、必要事項を記入してください）	
1年以上無職	<input type="checkbox"/> 専業主婦（夫）※10
退職してから1年以内である	<input type="checkbox"/> 雇用保険を受給しない・受給できない（ <input type="checkbox"/> 雇用保険未加入 <input type="checkbox"/> 加入期間不足 <input type="checkbox"/> 公務員を退職 <input type="checkbox"/> その他）※11
	<input type="checkbox"/> 雇用保険を受給する（受給予定・受給中を含む）※12 待期・給付制限期間中のみ認定 注）基本手当日額が3,611円以下、60歳以上・障害のある方は4,999円以下の場合、受給期間中も認定
	<input type="checkbox"/> 雇用保険を受給延長する※13
	<input type="checkbox"/> 雇用保険を受給終了した※14
60歳以上の方で現在は年金を受給していない方	<input type="checkbox"/> 年金を請求する予定がある 請求年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 今のところ請求しない ※理由 <input type="checkbox"/> 繰り下げ支給予定のため <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

申請者の状況については、以上のとおり内容に相違ありません。
今後扶養の状況に変更があった場合は、速やかに届出いたします。

申請日 年 月 日

レンゴー健康保険組合理事長殿

被保険者氏名 _____

<事業所記入欄>

本申請について確認しました	事業所受付日 年 月 日
事業所名 _____	事業所担当者 _____

＜添付書類一覧表＞

注) 申請の際は、1 ページ目の申請書のみご提出ください。詳しくはレngoー健康保険組合 HP に掲載の「被扶養者認定添付書類一覧表」をご確認ください。原本と記載のある書類以外、すべてコピーをご提出ください。また追加で他の書類を提出いただく場合があります。

※番号	申請する理由	添付書類
1	結婚のため	①婚姻日が確認できるもの（婚姻受理証明書等）
2	収入の減少	①資格喪失証明書②減収後の労働条件通知書 ※①と②の両方を提出。また②については6.の添付書類を参照
3	退職・廃業のため	(自営業を廃業した場合) ①廃業届②所得証明書※①と②の両方を提出 (1年以上前に退職して現在無職) 10.の添付書類を参照 (1年以内に退職) 雇用保険受給状況に応じた書類
その他	外国籍の方の申請	①住民票（省略のないもの、マイナンバーの記載のないもの） ②収入に関する書類（状況に応じて添付）

※番号	直近の健康保険加入状況	添付書類
4	他の健康保険に任意継続被保険者として加入していた	①資格喪失証明書

※番号	申請する家族の状況	添付書類
5	(単身赴任以外の理由で) 別居のため	①直近3ヶ月分の送金明細（振込控・通帳の表紙と記載ページのコピー等） ※手渡し不可。送金額が申請者の収入を上回る必要あり。
6	給与収入がある	【給与収入のみの方】 労働契約内容のわかる書類がある場合 ①直近の「労働条件通知書」（雇用契約書）等労働契約の内容（時給、労働時間、日数等）が確認できる書類 労働契約内容のわかる書類がない、シフト制で年間収入が判断できない等の場合 ①直近の給与明細3ヶ月分 ②（状況によって）源泉徴収票 【給与収入以外に他の収入がある方】 ①直近の給与明細3ヶ月分 ②所得証明書 ③（状況によって）源泉徴収票
7	年金収入がある	①直近の「年金振込通知書」（両面）または「年金支払通知書」（両面）②所得証明書 ※①と②の両方を提出。申請中の場合は「年金見込額照会回答票」を提出
8	自営業収入がある	①直近3年分の確定申告書②直近3年分の収支内訳書（または青色申告決算書） ※①と②の両方を提出 税務署の受領印があるもの
9	傷病手当金または出産手当金を受給していた	①傷病手当金または出産手当金の支給決定通知書（それぞれ受給満了日のわかるもの）
10	1年以上無職	①所得証明書 ②（状況によっては）退職証明書 ※被保険者の入社（又は再雇用）に伴う場合の申請を除く

※番号	雇用保険の失業給付の受給について	添付書類	※離職票1が手元に届いていない場合は、源泉徴収票（退職日の記載のあるもの）や資格喪失証明書、退職証明書のいずれか1点を先に提出可。
11	雇用保険を受給しない	①離職票-1（または雇用保険被保険者資格喪失確認通知書） ②雇用保険不受給誓約書（原本）※①と②の両方を提出	
11	雇用保険を受給できない	未加入だった場合 ①退職証明書または資格喪失証明書 ②直近の給与明細や退職時の源泉徴収票など、雇用保険料が控除されていないことがわかる書類 ※①と②の両方を提出 公務員だった場合 ①退職辞令 加入期間不足の場合 ①離職票-1	
12	雇用保険を受給する	①離職票-1②ハローワークでの手続きが済み次第雇用保険受給資格者証（両面）※①と②の両方を提出	
13	雇用保険を受給延長する	①離職票-1②ハローワークでの手続きが済み次第受給期間延長通知書 ※①と②の両方を提出	
14	雇用保険の受給終了のため	①雇用保険受給資格者証（両面）「支給終了」と印字のあるもの	