

北陸電力健康保険組合 任意継続被扶養者現況届

記号				番号							
今回申請する方の氏名								年齢	歳	被保険者との続柄	
今回申請する方の現住所											
扶養することになった理由 (今までの状況、及び今回どのような理由で扶養しなければならなかったかを具体的に記入)											
<input type="checkbox"/> 任意継続保険加入となったため (被保険者が勤めていた会社を退職し、健康保険の資格がなくなったため)											
<input type="checkbox"/> その他 ()											
父・母の一方だけの扶養申請の場合には、その配偶者の状況											
<input type="checkbox"/> 配偶者あり (状況を記入) ()											
<input type="checkbox"/> 配偶者なし <input type="checkbox"/> 死亡年月日 (年 月 日) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 離婚年月日 (年 月 日)											
申請する方が現在加入している健康保険の有無 ※国民健康保険、任意継続保険等				<input type="checkbox"/> 加入 (保険) (年 月 から) <input type="checkbox"/> 未加入 理由 ()							
申請する方が退職した勤務先	会社名										
	所在地										
	退職年月日			年	月	日	退職理由				
家族構成 ※同一生計	氏名	被保険者との続柄	年齢	職業	勤務先	年収	同居・別居				
						万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居				
						万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居				
						万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居				
						万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居				
						万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居				

●今回申請する方の現況について記入ください

収入の種類	有・無	収入額 (月平均)	備 考	
給料・賞与等 (勤労収入)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> アルバイト 円	勤務先名	
			勤務先住所	
年金・恩給 (高齢・遺族・障害・企業・ 共済・軍人)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円	年金の種類	年金 円/年
				年金 円/年
				年金 円/年
雇用保険 (失業給付の受給)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 受給予定	円		
傷病手当金 出産手当金 労災休業補償の受給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 受給予定	円		
自営業・農/漁業	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円	詳 細	
不動産収入 恒常的収入(家賃・地代等)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円	詳 細	
利子・配当収入	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円	詳 細	
その他 (仕送り等)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円	詳 細	

上記記載事項に相違ないことを誓約し、必要な証明書を添えて申請いたします。
後日、虚偽の申し立てと判明した場合、被扶養者資格を遡及して取り消しし、認定時に遡って保険給付等の返納に応じます。また今後において、状況が申請時と異なった場合は、速やかに貴健康保険組合へ届出いたします。

令和 年 月 日

(退職の翌日以降の申請日)

被保険者氏名(自署)

添付する証明書一覧表の例 (状況により必要な書類が異なるため健康保険組合に問合せ願います)

1. 収入(見込み)証明書(様式04)
2. 雇用(失業)保険受給資格者証の写、または離職票1,2の写 …失業給付金受給(予定)者
3. 雇用保険被保険者資格喪失確認通知書の写 …失業給付金を受給しない場合
4. 退職証明書(写)、辞令の写
5. 年金、恩給の通知書の写(受給額がわかる最新のもの)
6. 在学証明書の写または学生証の写 …短期大学、大学、各種学校在学中の場合
7. 障害者手帳の写
8. 仕送り額証明書(銀行振込みの控えや現金書留の写)
9. 確定申告書の写
10. 市区町村発行の所得証明書(写)または非課税証明書(写)
11. 被保険者と申請する方の住民票の写し(写)
12. 被保険者と申請する方の続柄を証する戸籍謄本(写)