被扶養者 継続認定　届

申請する前にホームページの“けんぽのしくみ”
→“被扶養者になれる人の範囲”で確認してください。

事務長			係	次回調査年月日
				年　月

被保険者	記号		番号		資格取得日	昭和・平成・令和　年　月　日
	氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	年齢	所属部署		
	住所	〒　－　電話（　）　－				

健保受付日付印

□同居　□別居

～～別居の場合～～
▲別居理由をご記入ください
↓住所をご記入ください。

被扶養者氏名	性別	続柄	生年月日	年齢
ﾌﾘｶﾞﾅ	男・女		昭和・平成・令和　年　月　日	

(別居の場合) 被扶養者住所　〒

申請する方の状況について当てはまるもの全てに☑を付けてください。
→詳細は裏面　扶養状況確認事項　を記入してください。

□パート、アルバイトを始めた・辞めた
□パート、アルバイトをしているが収入が収入限度額内
□雇用保険　受給中・延長中
□各種年金　受給中・未受給・手続き中
□無職　□その他（　）
□学生
　学校名＿＿＿＿＿＿＿＿

　＿年生　＿年間修学（全日制・定時制・通信制）

■配偶者、子以外の申請者は扶養する理由を記入してください■

理由：＿＿＿＿＿＿＿＿

▲別居理由
□単身赴任・学生
□その他→仕送り＿1ヵ月あたり＿＿＿＿＿＿円
　銀行・郵便局の振込受取票コピーを添付してください

【注意事項】
○続柄は省略せず “長男”“義母”等詳しく記入してください。
△添付書類
・「名古屋鉄道健康保険組合ホームページ」の「添付書類一覧」をご覧ください。
・学生は学校名と修学年数を記入することによって、在学証明書の添付を省略できます。
◇個人情報保護に関しては「名古屋鉄道健康保険組合ホームページ」をご覧ください。

《収入条件》
①被保険者の収入によって生活している
②被扶養者が以下の収入である

60 歳未満	108,334 円未満/月額	1,300,000 円未満/年額
60 歳以上	150,000 円未満/月額	1,800,000 円未満/年額
障害年金受給者	150,000 円未満/月額	1,800,000 円未満/年額

なおかつ、被保険者の収入の 1/2 未満である
19 歳以上 23 歳未満の配偶者以外の被扶養者については「名古屋鉄道健康保険組合ホームページ」をご覧ください。

【誓約内容】を確認し☑チェックをお願いします。
健康保険の被扶養者申請にあたり、下記のことを誓約いたします。

【誓約内容】

□ 1．上記、《収入条件》について確認し順守します。
□ 2．被扶養者認定・継続認定届に添付した証拠書類等提出書類の記載内容(以下申告内容)に誤りはありません。
□ 3．申告内容に変更が生じた場合、すみやかに名鉄健康保険組合に届け出ます。
　（変更とは、就職した・収入が限度額を超えた・雇用条件が変わった・雇用保険を受給し始めた・パートを始めた等）
□ 4．申告内容に相違があった場合や、「上記３」に該当したにもかかわらず、届出を怠った場合には、被扶養者資格を抹消され扶養と認められない期間に健康保険証を使用して診療を受けた場合の医療費及び保険給付金の全額を返還します。
□ 5．雇用保険給付に関して、名鉄健康保険組合より、管轄の公共職業安定所(ハローワーク)へ失業給付の受給状況を確認しても異議は申し立てません。

名古屋鉄道健康保険組合　理事長殿

上記内容に相違ありません。　被保険者 氏名(自署の場合押印不要)

令和　年　月　日　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

上記内容について確認しました。　所属長　氏名(自署の場合押印不要)

令和　年　月　日　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

扶養状況確認事項

■下記事項にお答えください。（申請する被扶養者が中学生以下の場合は記入不要です）

① 現在、(**就労・不労かかわらず**)収入はありますか？　　はい　→②～④へ　　・　　いいえ　→②へ

② ①で“はい”の方：①以外に以前働いていた会社等があれば記入してください（パート・アルバイトも含む）
①で“いいえ”の方：過去３年間に働いていた会社等があれば記入してください（パート・アルバイトも含む）

辞めた会社名＿＿＿＿＿＿＿＿　就労期間　H・R　年　月　日～H・R　年　月　日

辞めた会社名＿＿＿＿＿＿＿＿　就労期間　H・R　年　月　日～H・R　年　月　日

③ ②を記入した方：働いていた会社の雇用保険（失業保険）について、当てはまるものに☑をしてください

✓	雇用保険について	添付が必要な書類
	受給終了した	雇用保険受給資格者証コピーを添付してください
	受給しなかった	離職票１．２の本通を添付してください
	受給中である	雇用保険受給資格者証コピーを添付してください。(日額が 3,612 円以上の場合は抹消)
	受給手続き中	手続き中であることが分かる書類を添付してください
	受給延長中	雇用保険受給延長通知書コピーを添付してください
	未加入	退職月の給与明細書を添付してください（雇用保険の有無について分かるもの）
	以前の調査で提出済み	

④　当てはまるもの全てに☑を入れ、これから先１２ヶ月間に予測される収入状況を下に記入してください

収入の種類 □給与収入のみ 給与収入のみの場合は☑をしてください 給与明細の総支給額を記入（1 円単位まで記入してください。）↓		添付書類
□会社で働いている （当てはまるものに〇を付ける） ①正社員 ②パート・アルバイト ③内職・その他（　　） 会社名＿＿＿＿　就労開始日　年　月　日 ２ヶ所で働いている方↓ 会社名＿＿＿＿　就労開始日　年　月　日	直近３ヶ月給与（交通費・手当含む） 月＿＿＿＿円 月＿＿＿＿円 月＿＿＿＿円 賞与＿＿＿＿円　回 ＿＿＿＿回／年 雇用保険（どちらかに〇を付ける） 有　・　無	・働いている ・契約変更した ・就労先が変わった →　雇用契約書コピーを ご提出ください。
□自営業、塾などを営んでいる 事業の内容（　　） 自営業者の扶養認定の判断方は、名鉄健保のホームページをご覧ください。	所得証明　営業収入額 →＿＿＿＿円	確定申告決算書、収支内訳書（経費が分かるもの）コピー 居住所と事業所が同一の場合は事業所用と自家用が分かる書類
□年金等を受給している （当てはまるものに〇を付ける） ①老齢年金　②共済年金　③企業年金　④遺族年金 ⑤障害年金　⑥支援給付金　⑦その他（　　）	年金支払通知書　年額 →＿＿＿＿円	最新の年金支払通知書コピー
□その他の収入がある （当てはまるものに〇を付ける） ①家賃や不動産による収入　②配当収入　③雇用保険給付 ④傷病手当金　⑤出産手当金　⑥その他（　　）	①･②所得証明　雑収入額 →＿＿＿＿円 ③受給者証　基本手当日額 →＿＿＿＿円 ④･⑤支給決定通知書　支給額 →＿＿＿＿円	①・②→確定申告決算書、収支内訳書（経費が分かるもの）コピー ③→受給資格者証両面コピー ④・⑤→支給決定通知書
予測される年間収入合計額	＿＿＿＿円	