

被扶養者 繼続認定 届

申請する前にホームページの“けんぼのしくみ” →“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 險 者	記号	1 1 1 番号	555	資格取得日	昭和・平成・令和 17年 4月 1日	健保受付日付印
	氏名	フリガナ メイテツ タロウ 名鉄 太郎	年齢 35	所属部署	管理部	
	住所	〒 000-0000 電話 (000) 0000 -0000 愛知県○○○市○○1-1-1				
被扶養者氏名		性別	続柄	生年月日	年齢	□ 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 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。
フリガナ メイテツ ハナコ 名鉄 花子		男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/> 妻		昭和・平成・令和 62年 2月 14日	36	
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。 一詳細は裏面 扶養状況確認事項 を記入してください。		別居の場合 被扶養者 住所	〒 000-0000 三重県○○市○○2-3-4			
<p>□パート、アルバイトを始めた・辞めた <input checked="" type="checkbox"/>パート、アルバイトをしているが収入が収入限度額内 <input type="checkbox"/>雇用保険 受給中・延長中 <input checked="" type="checkbox"/>各種年金 受給中・未受給・手続き中 <input type="checkbox"/>無職 <input checked="" type="checkbox"/>その他(<input type="checkbox"/>自営業・配当あり)</p> <p>□学生 学校名 _____</p> <p>年生 年間修学 (全日制・定時制・通信制)</p> <p>■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■</p> <p>理由 : _____</p> <p>▲別居理由 <input type="checkbox"/>単身赴任・学生 <input checked="" type="checkbox"/>その他→仕送り 1ヵ月あたり 150,000 円 銀行・郵便局の振込受取票コピーを添付してください</p>						<p>【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。</p> <p>【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。</p>
<p>【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。</p> <p>【誓約内容】</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1. 上記、《収入条件》について確認し順守します。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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) <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。</p> <p>名古屋鉄道健康保険組合 理事長殿</p> <p>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)</p> <p>令和 年 月 日 _____ 印</p> <p>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)</p> <p>令和 年 月 日 _____ 印</p>						

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”的な方：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”的な方：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 家族マート 就労期間 H・R 25年 4月1日～H・R 4年 8月31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	添付書類	
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。）↓		
<input checked="" type="checkbox"/> 会社で働いている (当てはまるものに○を付ける) ①正社員 ②パート・アルバイト ③内職・その他（ ）	直近3ヶ月給与（交通費・手当含む） 1月 <u>48,756</u> 円 2月 <u>43,587</u> 円 3月 <u>29,864</u> 円 賞与 <u>20,000</u> 円/1回 _____ 2回/年 雇用保険（どちらかに○を付ける） 有 · <input checked="" type="checkbox"/> 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。 ▼雇用契約書について <input checked="" type="checkbox"/> 以前の調査で健保提出済み
会社名 <u>○△□ストア</u> 就労開始日 <u>R5年1月1日</u> 2ヶ所で働いている方↓		
会社名 就労開始日 年 月 日		
<input checked="" type="checkbox"/> 自営業、塾などを営んでいる 事業の内容 <u>ピアノ講師</u> 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 → <u>150,000</u> 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
<input checked="" type="checkbox"/> 年金等を受給している (当てはまるものに○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 → <u>780,000</u> 円	最新の年金支払通知書コピー
<input type="checkbox"/> その他の収入がある (当てはまるものに○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 雜収入額 → <u>200,000</u> 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	<u>1,780,000</u> 円	