

生計維持関係申告書(※配偶者)

記入見本

- ※ 被扶養者申請をする家族（認定対象者）に関して被保険者が申告する書類です。
- ※ 申請をする前にココヨ健康保険組合のホームページ「健康保険の家族」で被扶養者になるための条件及び添付書類をご確認ください。
- ※ 個人情報の取り扱いについては、公表の「個人情報保護基本方針（プライバシーポリシー）」に則り、利用目的の範囲内で取り扱います。

★個人番号の記載がないものをご提出ください。

被保険者の氏名	被 保 険 者 の 現 住 所 （現在住んでいるところ）		
健保 太郎	〒537-1234 大阪市城東区玉津 11-22-33		
申請する配偶者の氏名	年齢	あなたと住まいは	別居の場合は配偶者の現住所と別居の理由
アガナ ケボ アコ 健保 愛子	31	同居	別居理由（単身赴任の場合は記入不要）

▼ 該当する項目の□に✓を入れてください。⇒以降は選択（該当項目に○）または記入してください。

1	申請事由※複数あれば全部回答してください。	添付書類 ココヨ健康保険ホームページ内『扶養の申請に必要な書類』でご確認ください
<input type="checkbox"/>	被保険者がココヨ健保 ⇒ 取得日 年 月 日に加入したため	「前年度所得証明書」「年金通知書のコピー」など
<input type="checkbox"/>	被保険者と結婚したため ⇒ 入籍日 年 月 日	「前年度所得証明書」など
<input checked="" type="checkbox"/>	退職(失業)したため ⇒ 退職日 R2年 1月 31日	「資格喪失(退職)証明書」または「離職票1」「離職票2」等資格喪失日、退職日が確認できるもの ※右記4「退職後の雇用保険について」へ
<input type="checkbox"/>	退職後、加入していた任意継続保険の資格を喪失したため ⇒ 加入期間 年 月 日	「任意継続保険資格喪失証明書」 ※加入期間がわかるもの 「前年度所得証明書」「雇用保険受給資格者証」など
<input type="checkbox"/>	収入が減少したため ⇒ 理由:	直近3か月分の給与明細書又は雇用契約書のコピー※加入していた健康保険の資格を喪失した場合は資格喪失証明書も必要
<input type="checkbox"/>	現在アルバイト・パートをしている	直近3か月分の給与明細書又は雇用契約書のコピー
<input type="checkbox"/>	失業給付の受給を終了したため ⇒ 受給終了日 年 月 日	「雇用保険受給資格証全面コピー」 (支給終了と印字がされたもの)

2	配偶者が今まで加入していた健康保険の種類
<input type="checkbox"/>	ココヨ健康保険組合
<input type="checkbox"/>	国民健康保険⇒(加入していた市区町村名 : )
<input checked="" type="checkbox"/>	その他の健康保険⇒ a.本人として/b.被保険者の被扶養者として/c.被保険者以外の被扶養者として (健康保険の名称 : 全国健康保険協会 健康保険組合)

3	配偶者の収入について※収入は申請以降の金額です。未確定の場合は見込み額を記入してください。複数あれば全部回答してください。	
配偶者の就労・収入種類	収入の内容等/収入内容を証明する書類の提出が必要です	金額
<input checked="" type="checkbox"/> 無職無収入 ⇒	<input checked="" type="radio"/> 専業主婦(夫)/b.求職活動中/c.学生/d.妊娠中 ⇒(出産予定日 年 月 日)	収入が全くない場合は「0円」で申告 ⇒ 0 円
<input type="checkbox"/> 給与所得者	a.アルバイト / b.パート / c.その他	各種控除前、交通費込みの総支給額 円
<input type="checkbox"/> 事業収入(不動産・自営・農業)	事業内容:	売上ー必要経費(※) ※税法上の必要経費とは異なりますのでお問い合わせ下さい 年額収入 円
<input type="checkbox"/> 年金受給者(遺族年金・障害年金・私的年金含む)	年金種類:	全ての年金額合計(介護保険料含む) 年額 円
<input type="checkbox"/> 傷病手当金受給者	支給開始日: 年 月 日 現在 ⇒ a.受給中 / b.申請中 / c.年 月 日受給終了	日額 円
<input type="checkbox"/> 出産手当金受給者	出産日: 年 月 日 ※出産手当金請求手続き中および予定者も含む	日額 円
<input type="checkbox"/> 他家族からの生活費の援助	誰(被保険者からみた続柄: )から	月額 円
<input type="checkbox"/> その他継続的な収入	内容:	円

4	退職後の雇用保険について/退職後1年未満の場合は必ず申告してください
<input checked="" type="checkbox"/>	失業給付を受給しません 万一受給することになった場合、すみやかに健康保険組合にご連絡ください。
<input type="checkbox"/>	失業給付を受給予定です 失業給付申請後「雇用保険受給資格証」両面コピーを健康保険組合宛に提出ください。(後日で結構です)  ※失業給付の日額が3,612円(60歳以上は5,000円)以上の場合は失業給付受給中は被扶養者にはなれません。受給開始日より扶養削除となりますので、必ず削除手続きを行ってください。
上記手続きや連絡を行わなかった場合は遡って扶養認定取消する場合があります。	

5	扶養に関する申告書
認定対象者については、私が主たる生計維持者であり、今回の「生計維持関係申告書」の内容に虚偽がないことを申告します。なお、申告後または認定後に私の生計維持関係に異動が生じ、事実上私が主として生計を維持する実態がなくなった場合は、速やかにその旨を健康保険組合に届出て、被扶養者資格の削除手続きをいたします。	
R2年 2月 1日	
被保険者	健保 太郎