

生計維持関係申告書（※子供を扶養（**新生児含む**））

- ※ 被扶養者申請をする家族（認定対象者）に関して被保険者（本人）が申告する書類です。
- ※ 申請をする前にコク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（本人）の氏名	被 保 険 者 の 現 住 所 （現在住んでいるところ）		
	〒		
申請する対象者（子）の氏名	年齢	あなたと住まいは	別居の場合は認定対象者（子）の現住所と別居の理由
カガナ		同居 ・ 別居	〒 理由：単身赴任のため・就学のため・その他（ ）

▼ 該当する項目の口に✓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。

申請事由 ※複数あれば全部回答してください。	添付書類 コクヨ健保ホームページ内『扶養の申請に必要な書類』をご確認ください
<input type="checkbox"/> 被保険者がコクヨ健保に加入したため ⇒取得年月日： 年 月 日 (注1) 配偶者がコクヨ健保の扶養認定を受けていない（他健保に加入している）	高校生以上は「在学証明書」又は「学生証のコピー」など 義務教育卒業後で学生以外は「前年度所得証明書」「住民票（世帯全員）」など (注1) 配偶者の前年度所得証明書
<input type="checkbox"/> 出生のため ⇒出生日： 年 月 日	配偶者がすでにコクヨ健保組合の扶養認定を受けている場合、添付書類は不要 配偶者が他健保に加入の場合は配偶者の前年度所得証明書及び被保険者（本人）の前年度源泉徴収票 配偶者がコクヨ健保に被保険者（本人）として加入の場合は添付書類不要
<input type="checkbox"/> 再び就学するため ⇒入学日： 年 月 日	「在学証明書」又は「学生証のコピー」など
<input type="checkbox"/> 扶養義務異動のため ⇒変更日： 年 月 日	被保険者（本人）が主たる生計維持者である証明書など
<input type="checkbox"/> 配偶者との離婚による扶養義務異動のため ⇒変更日： 年 月 日	被保険者（本人）が主たる生計維持者である証明書・住民票（世帯全員）など
<input type="checkbox"/> 退職（失業）したため ⇒退職日： 年 月 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 年 月 日から 年 月 日まで	「任意継続保険資格喪失証明書」※加入期間がわかるもの、「住民票（世帯全員）」など
<input type="checkbox"/> 収入が減少したため ⇒理由：	「雇用契約書のコピー」又は「直近3ヶ月の給与明細書のコピー」、「住民票（世帯全員）」など ※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"/> 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の全面コピー（支給終了の印字がされたもの）」、「住民票（世帯全員）」など

2 子が今まで加入していた健康保険の種類 **※新生児の場合は2～4記入不要**

コクヨ健康保険組合 国民健康保険⇒（加入していた市区町村名： ）

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：（ 健康保険組合）

3 子の収入について
※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。

子の就労・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（円）
<input type="checkbox"/> 無職無収入	a. 学生（資格勉強中含む） / b. 求職活動中 / c. その他（ ）	収入が全くない場合は「0円」で申告 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 月額 円
<input type="checkbox"/> 傷病手当金受給者	支給開始日 年 月 日 現在の状況 a. 受給中 b. 申請中 c. 年 月 日受給終了	月額 円
<input type="checkbox"/> 資格被保険者からの仕送り額	被保険者（本人）が単身赴任の場合及び就学（過去・現在就労経験なし）のため離れて暮らしている場合は除く ⇒	月額 円
<input type="checkbox"/> 他家族からの生活費援助	誰（被保険者（本人）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**

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。

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 被保険者（あなたの）の配偶者について

a 今回一緒に申請する b 既に被扶養者の認定を受けている c 自身で他の健康保険組合に加入 d 配偶者なし

e コクヨ健康保険組合に被保険者（本人）として加入⇒（記号・番号 ）（氏名 ）

※ c→配偶者が他の健康保険に加入している場合は、被保険者（本人）の前年度源泉徴収票及び配偶者の前年度所得証明書を必ず提出して下さい。

6 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と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で、被扶養者資格の削除手続きをいたします。

年 月 日
被保険者 _____