

記入例 (妻子他)

健康保険扶養事実申立書

- この申立書は、出生及び18歳未満の就学児以外の扶養者を申し立てる場合に1人につき1枚提出してください。
- 祖父母、父母、兄姉、弟妹を申し立てる場合は事前に本書を大王健保組合へ提出し、認定できるか否かを確認の上、正式の届出を提出してください。

①被保険者について 氏名を自署された場合は、捺印は不要です

記号・番号	1 — 12345	氏名	健保 太郎	印
住所	〒 799-0403 愛媛県四国中央市三島朝日2-12-45			
自宅電話	(0896) 24 - 5055	携帯番号	090 - △△△△ - △△△△	

※1. 記号と番号が不明な場合は国のマイナポータルより確認してください。

②扶養申請対象者について

扶養申請対象者氏名	健保 康子	性別	女	続柄	妻	生年月日	昭・平 3 年 9 月 20 日 (33) 才
同居・別居	同・別	別居の場合はその住所		〒			
自宅電話	(0896) 24 - 5055	携帯番号	090 - △△△△ - △△△△				

③被保険者以外の扶養義務者について

(扶養申請対象者が配偶者・子の場合は記入不要。扶養義務者がいない場合は氏名欄に「なし」と記入)

※祖父母、父母、兄弟、姉妹、子等をすべて記入し、別居、離別、死亡している者も記入してください

氏名	申立者からの続柄	生年月日	勤務先又は職業	年収見込額	現住所(別居の場合はその住所)	※必要に応じ回答	扶養義務者について
				円	同・別	離別・死亡	例) 被保険者からみて ・母の申請・・・父、兄弟姉妹 ・父の申請・・・母、兄弟姉妹 ・兄弟姉妹・・・父、母、兄弟姉妹等
				円	同・別	離別・死亡	
				円	同・別	離別・死亡	
				円	同・別	離別・死亡	

④扶養申請対象者の現況について (該当番号に○を記入してください)

申請理由	申請の経緯、扶養しなければならない理由を詳しく明記してください	
	出産・育児のため退職(令和8年3月31日)、無職・無収入になったため	
	A. 現在または今後、勤労・自営業収入はありますか？	有 【年収見込額 円】 <input checked="" type="radio"/> 無
	[有と答えた方] 1. 正社員 2. パート・アルバイト 3. 自営業 (職業) 4. 農業 5. 漁業 6. その他 () 給与収入のみであることを申し立てます。(自署)被扶養者氏名 _____ ※給与以外の収入(年金や事業収入等)がある場合は、上記の自署は不要です。	
	B. 次の各種年金収入はありますか？	有 ・ 申請中 <input checked="" type="radio"/> 無
	[有または申請中と答えた方] 1. 老齢国民年金 【年収 円】 2. 老齢厚生(共済)年金 【年収 円】 3. 遺族(共済)年金 【年収 円】 4. 障害(共済)年金 【年収 円】 5. 厚生年金基金 【年収 円】 6. その他(恩給等) 【年収 円】	
	C. その他の収入(不動産所得・利子所得・配当金など)はありますか？	有 【年収見込額 円】 <input checked="" type="radio"/> 無
収入状況	D. 傷病手当金の受給はありますか？	受給中【受給額 円/月】・申請予定・受給終了・ <input checked="" type="radio"/> 受けていない
	1. 受給開始日(令和 年 月 日) 2. 受給終了日(令和 年 月 日)	
	E. 現在または今後、出産手当金の受給はありますか？	※出産育児一時金ではありません 受給中【受給額 円/月】 <input checked="" type="radio"/> 申請予定・受給終了・受けていない
1. 出産手当金 (出産(予定)日: 令和 8 年 3 月 10 日)		
F. その他、継続的な収入はありますか？	有 【年収見込額 円】 <input checked="" type="radio"/> 無	

※当健保組合では、ご家族の健康管理において事業所と健保組合が共同で年に1度の健康診断の受診促進を進めており、扶養に加入された配偶者及び40歳以上の家族の方は、必ず健康診断を受診いただいております。健診費用は無料です。ご家族の健康を守るため、ぜひご受診ください



過去1年以内で勤務実績はありますか？	有・無	申請前加入の医療保険
現在、失業給付受給延長中ですか？	はい・いいえ	1. 国民健康保険 2. 無保険
退職(予定)日	令和 8 年 3 月 31 日	3. 健康保険組合 4. 協会けんぽ
退職理由	自己都合のため	5. 任意継続保険 6. 共済組合
		7. その他 ()

申請前の状況

※現在働いている方は記載不要です。

[過去1年間、勤務実績「有」または失業給付受給延長中と答えた方]

失業給付の状況について(該当する番号に○をつけてください)

1 雇用保険未加入

2 受給する・受給中 待期間満了日 : 令和 年 月 日 ・基本手当日額 (円)

3 受給延長 受給延長理由 : (出産・育児のため)

※出産(予定)日 : 令和 8 年 3 月 10 日 (延長理由が出産の場合のみ記入)

4 受給終了 受給終了日 : 令和 年 月 日

5 受給しない・加入期間不足のため受給できない 理由 ()

◆雇用保険失業給付について◆

雇用保険の基本手当日額3,612円以上(19歳以上23歳未満(配偶者を除く)は4,167円以上)(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なれません。ただし、待期間及び給付制限期間中は加入できますので、受給開始の際は扶養削除手続きを行ってください。基本手当日額が3,612円未満(19歳以上23歳未満(配偶者を除く)は4,167円未満)(60歳以上は5,000円未満)であれば申請により加入できます。基本手当日額は、職業安定所で確認してください。

◆提出書類◆

「1 雇用保険未加入」 : 退職証明書(健保所定の書式)

「2 受給する・受給中」 : 雇用保険受給資格者証(写)、下記の誓約事項記入(待期間及び給付制限期間中の扶養希望で基本日額3,612円以上の場合)
※(19歳以上23歳未満(配偶者を除く)は4,167円以上)(60歳以上は5,000円以上)

「3 受給延長」 : 延長手続き後の雇用保険受給資格者証(写)、下記の誓約事項記入

「4 受給終了」 : 受給終了日が印字された雇用保険受給資格者証(写)

「5 受給しない・受給できない」 : 離職票1・2(写)、下記の誓約事項記入

[上記の2(基本手当日額3,612円以上及び※の場合)、3、5の場合、下記の誓約事項について記入してください]

雇用保険の失業給付に係る誓約事項

上記のとおり相違ありません。本書提出にあたり以下の事項について誓約いたします。

欄にチェック を記入してください。(必須)

【誓約事項1】 誓約します

被扶養者が失業給付(基本手当日額: 3,612円以上, 19歳以上23歳未満(配偶者を除く)は4,167円以上, 60歳以上は5,000円以上)の受給を開始した場合は、速やかに健康保険組合に、「被扶養者異動届(削除)」及び「雇用保険受給資格者証の写し」を提出いたします。

【誓約事項2】 誓約します

離職票は大切に保管いたします。

失業給付の受給に関して、健康保険組合から状況確認のために離職票の提出を求められたときは、速やかに提出いたします。

【誓約事項3】 誓約します

上記の誓約事項1. 2に反して健康保険組合に提出しなかった場合は、被扶養者認定を事由発生日まで遡って取り消されても意義はありません。その間に健康保険組合から支払われた保険給付費があった場合は全額返納いたします。

令和 8 年 4 月 1 日 (自署) 被保険者氏名 健保 太郎

※、日付、自署がないものは受理できません。 ※被扶養者氏名ではありません

雇用保険の失業給付に係る誓約事項

⑤別居している両親を扶養申請する場合に記入してください(同居の場合は記載不要)

扶養申請対象者と同居している家族(いない場合は、氏名欄に「なし」と記入)	氏名	扶養申請者との続柄	生年月日	職業	年収見込額	備考
					円	
					円	
1. 被保険者の毎月の仕送り額	円/月	※妻子以外の申立者で別居している方(祖父母、父母、兄弟)は、毎月定期的に仕送りしていることが条件です。仕送りをしていない場合は、被扶養者として認められません。なお、手渡しは「被扶養者認定基準」により認められません。				
2. 他の親族からの仕送り額	円/月					
3. ご自身が扶養申請する家族を生活上扶養する理由を詳しく記入してください。						