

健康保険被扶養者届

PD

| | | |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| | | |

| | | | | | | | | | |
|------------------|----|--|--|--|--|--|--------------|------|-----------|
| 被保険者証 | | 被保険者氏名 | | 性別 | 生年月日 | 配偶者有無 | 被保険者職場名 | | |
| 記号 | 番号 | フリガナ | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 昭和 年 月 日 平成 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 内線または電話番号() | | |
| 被保険者住所 | | | | | | | | | |
| 〒() 電話番号() | | | | | | | | | |
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 | 続柄 子の場合は、 長男・二男等と記入 (子は不可) | 住居 区分 | 被扶養者住所 被保険者と同じ住所の場合は、同上で可 | 職業 | 申請理由 | 申請理由が生じた日 |
| 認定対象者(被扶養者)氏名 | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 昭和 年 月 日 平成 | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | | | | 平成 年 月 日 |
| 新たに扶養申請される方のみ記入 | | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 昭和 年 月 日 平成 | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | | | 平成 年 月 日 |
| | | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 昭和 年 月 日 平成 | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | | | 平成 年 月 日 |
| | | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 昭和 年 月 日 平成 | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | | | 平成 年 月 日 |
| 上記の申請内容に相違ありません。 | | | | | | 事業所の名称、所在地、事業主の氏名および印 | | | |
| 平成 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | | | | 印 | | | |
| YKK健康保険組合理事長 殿 | | | | | | 印 | | | |

| |
|-----------|
| 健康保険組合記入欄 |
| 標準報酬月額 |
| 千円 |
| 扶養認定日 |
| |

■記入上の注意

- すべて事実を記入してください。(万一、虚偽の申請により扶養認定を受けたことが判明した場合は、資格を遡って取消し、医療費等の給付金も遡及し返還していただきます。)
- 主として被保険者の収入によって生計維持されていない方、年間収入が限度額以上の方は、原則として被扶養者とはなりません。
- 届出は、扶養事情が発生してから遅くとも1カ月以内に提出してください。
- 太枠内は、黒ペンですべて記入していただき、□については、レで記入してください。記入漏れがあった場合は、受付できません。
- 記載事項を間違えて記入された場合は、二重線で消し、訂正箇所(訂正印)を押してください。(修正液での訂正は不可)
- 被保険者との続柄欄は、長男、長女、養子、養父、父の弟等と詳しく記入してください。
- 住所は、住民票に登録のある住所を記入してください。
- 職業は、実態がわかるように記入してください。(「無職」、「農業」、「パートタイマー」、「高校生」、「大学生」など)
- 義務教育終了(年度末で15歳年齢到達)している方を扶養申請する場合は、この届出のほかに扶養状況調書<様式2>も必要です。

■提出書類、提出先について

- 裏面をご確認ください。

ご記入いただいた個人情報は、扶養の手続きにのみ利用させていただきます。

健康保険組合
受付印

■提出書類

1.認定対象者(被扶養者)の提出書類は、【表1】の該当する区分すべて提出してください。

【表1】

| 区分 | | 【提出書類】 表中に「写し」と記載がないものは、すべて原本で提出 | 入手先 | |
|-----------------------|--|--|-----------------------------------|--------|
| 該当する区分すべて提出 | 全員 | 健康保険被扶養者届<様式 1> | | |
| | | 扶養状況調書<様式 2> [義務教育終了前の方(15歳年齢到達後、最初の4月1日に到達していない方)は不要] | | |
| | | 住民票(世帯全員分・続柄明記のもの) | 市区町村役場 | |
| | | 所得証明書 [18歳以下の方(18歳年齢到達後、最初の4月1日に到達していない方)は不要] | 市区町村役場 | |
| | | 前に加入していた健康保険資格喪失証明書または国民健康保険証の写し [出生の場合は不要] | 認定対象者の前加入先 | |
| | 就職経験のない方・退職して2年以上の方 | | | |
| | 収入状況 退職した方 (退職後2年未満) | 雇用保険未加入 | 退職証明書(雇用保険未加入と記載があるもの) | 前の勤務先 |
| | | 雇用保険受給予定 | 雇用保険離職票1.2の写し、または退職日のわかるもの | |
| | | 雇用保険受給延長 雇用保険を受給しない | 雇用保険離職票1.2の写し、または雇用保険資格喪失確認通知書の写し | |
| | | 雇用保険受給終了 | 雇用保険受給資格者証の両面写し(支給終了印のあるもの) | ハローワーク |
| パート・アルバイトしている方 | 給与(見込)証明書 | 勤務先 | | |
| 自営業・農業・不動産等個人事業収入がある方 | 確定申告書の写し、および収支内訳のわかるもの | 税務署 | | |
| 年金・恩給を受給の方 | 年金・恩給改定通知書の写し、または振込通知書の写し(最新のもの) これから受給する方は、年金見込額回答票の写し | 年金事務所 | | |
| その他 | 高校・大学等に在学中の方 | 在学証明書 | 学校 | |
| | 身体障害者 | 障害者手帳、および障害年金改訂通知書の写し | 市区町村役場 | |
| | 別居の場合 | 戸籍謄本 仕送証明として振込依頼書、または銀行通帳の写し [配偶者の場合は不要] | 市区町村役場 金融機関 | |

2.認定対象者(被扶養者)に同居家族がいる場合は、その家族の所得証明書、および収入状況が確認できる書類(【表1】の収入状況に該当するもの)を提出してください。

ただし、次の場合は不要です。

- 被保険者の配偶者を申請する場合
- 18歳未満の子の申請で、被保険者の配偶者がすでに扶養認定されている場合
- 18歳未満の子の申請で、被保険者に配偶者がいない場合(未婚、死別、離婚)の場合

3.必要により、【表1】以外の書類を求めることがあります。

■書類の提出先

| 在籍事業所 | 提出先 |
|----------------------|---------------------------------------|
| YKK株式会社 | YKKビジネスサポート株式会社 黒部人事業務グループ 届出担当 |
| YKK AP株式会社 | |
| 株式会社YKK AP沖縄 | |
| YKK APエクステリア株式会社 | |
| YKKビジネスサポート株式会社 | |
| 九州エクステリア工業株式会社 | 各事業所の健康保険担当者 |
| YKKファスニングプロダクツ販売株式会社 | |
| YKKスナッフファスナー株式会社 | |
| 関係会社 | |
| 任意継続被保険者 | YKK健康保険組合 |