

令和3年4月2日

Please refer to the separate sheet for information about filling out this form.

被保険者	記号 1234 ① 番号 12345678 ②	扶養申請者	氏名 山口 花子 ⑤ 年齢 68 歳 ⑥ 続柄 母 ⑦
	氏名 山口 太郎 ③ 昼間時の連絡先 083-333-3333 ④		住所(同居の場合は記入不要) 8 同居 <input checked="" type="radio"/> 別居 (どちらか〇) 9 〒 107-6231 港区赤坂 9-7-1

10 1.扶養申請者の方が今まで加入していた・または現在加入している医療保険制度

(1).医療保険制度の種類 (※必ず記入)	
<input type="checkbox"/>	①国民健康保険
<input checked="" type="checkbox"/>	②被保険者(任意継続を含む) :健康保険組合・協会けんぽ・共済組合 等)
<input type="checkbox"/>	③被扶養者(任意継続の場合を含む) :健康保険組合・協会けんぽ・共済組合 等)
<input type="checkbox"/>	④未加入 (年 月から未加入)
(2).資格喪失年月日	令和3年4月1日 喪失していない場合こちらにマル⇒ 保険加入中

13 3.扶養申請者の方が、被保険者と別居している場合

(1).仕送り額	80,000円/月
(2).別居の理由について該当する項目をチェックと記入をしてください。	
<input type="checkbox"/>	①扶養申請者の方が、学生のため(大学・専門学校・予備校生など)
<input type="checkbox"/>	②被保険者が単身赴任中のため
<input type="checkbox"/>	③扶養申請者の方が、特別養護老人ホームや障害者施設に入居中のため
<input checked="" type="checkbox"/>	④①～③以外の理由による ()

11 2.申請事由 ※この1年で該当する全ての項目にチェックと記入をしてください

<input type="checkbox"/>	①被保険者の入社・社会保険加入のため
<input type="checkbox"/>	②扶養申請者の方が、退職したため 年 月 日
※ 扶養申請者の雇用保険(失業給付)についてチェックと記入をしてください。	
<input type="checkbox"/>	□受給する (基本手当日額 円)
<input type="checkbox"/>	□受給延長をしている
<input type="checkbox"/>	□受給を予定している (受給開始予定 年 月)
<input type="checkbox"/>	□受給しない・・・理由 []
<input type="checkbox"/>	③扶養申請者の方が退職後、雇用保険の受給が終了するため 受給終了予定日 年 月 日
<input type="checkbox"/>	④扶養申請者の方と結婚したため 結婚した日 年 月 日
<input checked="" type="checkbox"/>	⑤その他 (具体的に記入してください)

12 パートの雇用契約変更により収入が減少した 令和3年4月1日

14 4.扶養申請者の方の配偶者の有無・状況

<input type="checkbox"/>	①配偶者あり ⇒ 被保険者(FR健保組合)
<input type="checkbox"/>	②配偶者あり ⇒ 他の医療保険制度に加入 ⇒ 配偶者の収入 あり・なし
<input checked="" type="checkbox"/>	③配偶者なし ⇒ 未婚・離婚(平成23年9月)・死別(年 月)

《個人情報保護に関して》

- 個人情報保護ポリシー(基本方針)に則り、取り組みを推進しています。
- 法令に基づく場合や人の生命、身分又は財産の保護、また公衆衛生の向上に必要な場合は、あらかじめ本人の同意を得ず、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。
- 個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡下さい。

FR健康保険組合 東京都港区赤坂9-7-1 ミッドタウンタワー TEL 03-6865-0005

【年間収入の算出方法】

15

5.扶養申請者の年間収入(全ての項目を記入)

※ 右の【算出方法】を参考に記入してください

※ 年額(年間収入)とは、申請後1年間の見込み額です

①給与収入	A	あり ⇒ なし	年額 400.000 円
②年金収入 (厚生・国民 共済・障害・恩給・遺族年金など)	B	あり ⇒ なし	年額 300.000 円
③事業収入(個人で事業を行っている場合)	C	あり ⇒ なし	年額 円
④専従者給与所得(自営業者から受ける給与)		あり ⇒ なし	年額 円
⑤不動産収入		あり ⇒ なし	年額 円
⑥雇用保険(失業給付)の基本手当	D	あり ⇒ なし	年額 円
⑦雑収入 (利子収入・配当収入・原稿料・講演料金等)		あり ⇒ なし	年額 円
⑧他者からの援助 (教育費・慰謝料など継続的に支払われているもの)		あり ⇒ なし	年額 円
⑨その他生活費に充当する収入		あり ⇒ なし	年額 円
合計			700.000 円

A:給与収入 $\frac{\text{直近3ヶ月の給与の合計}}{3} \times 12\text{ヶ月} + \text{賞与額}(\times \text{支給回数})$

※ 税控除前の総支給額。通勤定期代を含む。
※ 専従者給与収入は、前年度の確定申告書にて申告額。

B:年金・恩給 支給金額 × 1年に支給される回数

※ 介護保険料控除前の金額

C:自営業等 売上金額 - (売り上げ原価 + 経費)

※ 前年度の確定申告で申告した金額
※ 次の経費は原則含まれません。
・減価償却費
・青色申告控除等の基礎控除
・給料、賃金等の人件費

D:雇用保険 基本手当日額 × 365日

※ 雇用保険受給中は原則扶養には入れません。
ただし、基本手当日額 × 365日 < 130万円の際は申請可能
(60歳以上の方は、基本手当日額 × 365日 < 180万円の時)

※ 申請が可能な基本手当日額
60歳未満 … 3,611円以下
60歳以上・障害者 … 4,999円以下

■健康保険の扶養に入れるための条件(①と②のいずれも満たすこと)

①扶養家族の今後1年間の予定収入が130万円未満であること
※ 扶養家族が60歳以上のときは、180万円未満であること

②同居・別居による以下の条件にあてはまること
・同居のときは、扶養家族の年間予定収入が、本人の年間収入見込みの半分未満であること
・別居のときは、扶養家族の年間予定収入が、本人が扶養家族へ仕送りする金額より少ないこと

6.誓約書

今回の申請内容に相違ありません。

尚、事実と相違した内容があった場合には、被扶養者としての認定を遡って取り消し、保険給付の返還をすることに異存ありません。

被保険者氏名 **16** 山口 太郎

- ① Health Insurance Card Symbol
- ② Health Insurance Card Number
- ③ Name of Insured Person
- ④ Daytime Telephone Number
- ⑤ Name of Dependent Applicant
- ⑥ Age
- ⑦ Relationship
- ⑧ Circle one
Living Together: 同居 , Living Separately: 別居
- ⑨ Address (with Zip Code) of Dependent Applicant (do not fill in if living together)
- ⑩ Health Insurance Systems Dependent Applicant has joined (Past & Present)
- ⑪ Reason for Application *Check and fill in all items that apply for the past 1 year.
- ⑫ Enter any other specific reasons here along with the date when each occurred.
- ⑬ Reason for Dependent Applicant living separately from Insured Person (if applicable)
- ⑭ Marriage Status of Dependent Applicant
- ⑮ Dependent Applicant's Annual Earnings (Fill in all items.)
- ⑯ Name of Insured Person