

## 扶養申請状況書(配偶者用)

田辺ファーマ健康保険組合理事長殿

令和 年 月 日 提出

被保険者記号(3桁)・番号(5桁) ー

被 保 険 者 氏 名 \_\_\_\_\_

配 偶 者 氏 名 \_\_\_\_\_

- ☐ 退職した為 田辺ファーマ健康保険組合の被扶養者として申請をいたします。
- ☐ 雇用保険失業給付が支給終了した為 再度田辺ファーマ健康保険組合の被扶養者として申請をいたします。
- ☐ その他( )

### 1. 申請する配偶者の最終勤務先について記入してください。

勤務先名 \_\_\_\_\_ 電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

所 在 地 \_\_\_\_\_

勤務期間 年 月 日 より 年 月 日 まで、 年 ヶ月間

退職理由 ☐ 結婚 ☐ 出産 ☐ 病気 ☐ 定年 ☐ 会社都合 ☐ 自己都合 ☐ その他

※退職理由が出産・病気の場合、出産手当金または傷病手当金を受給していますか。

☐ 受給している 日額 \_\_\_\_\_ 円 ☐ 受給の予定である ☐ 受給しない

※雇用保険の失業給付を受給する予定はありますか

☐ 受給している 日額 \_\_\_\_\_ 円 ☐ 受給の予定である ☐ 受給しない

受給期間: 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

失業給付日額 3,612 円以上(60 歳以上または障害年金受給者は 5,000 円以上)を受給している期間中は  
当健保の扶養にはいることができません。

### 2. 申請する配偶者が現在加入している健康保険は？

- ☐ 国民健康保険 ☐ 任意継続( 年 月分まで保険料支払済) ☐ 他の健康保険の扶養家族
- ☐ 共済組合 ☐ その他( )

ご記入いただく事項は以上です。健康保険被扶養者(異動)届と必要書類を添付の上、健康保険組合に提出してください。

以上