

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) _____
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