

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
 被保険者証記号・番号 *** - **** *
 被保険者氏名 健保 太郎

いずれかにチェックをしてください

配偶者氏名 健保 花子

- 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 株○○○○薬品 電話番号 (***)*** - *** *
 所在地 ○○市××町1-2-3
 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。

傷病・出産手当金、失業給付受給期間中は扶養にはいることができません。受給開始前と終了後は扶養申請可能です。

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(無)

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

- 任意継続に加入している場合は、何月分まで保険料を納付したか記載をお願いします。例えば 3 月まで支払済ならば、当健保の被扶養者になるのは、通常任意継続喪失日の 4 月 1 日になります。
- 退職後いずれの健康保険にも入っていない場合は、その他(無し)と記入してください。

以上