

健康保険 被扶養者現況届

誓約書

下記のとおり相違ありません。事実と相違していた場合は認定の取り消しや、健康保険組合から支払われた給付金について返納させられても異議はありません。また、就職した場合や収入に変動があった場合は速やかに被扶養者削除の手続きをいたします。

セールスフォース健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

被保険者氏名

■認定対象者について記入または○をしてください。

| 被保険者等 | 記号 | 番号 | 認定対象者氏名 | 続柄   | 年齢 |
|-------|----|----|---------|------|----|
|       |    |    |         | 個人番号 |    |

※マイナ保険証への登録が完了している方はチェックをお願いします。 ☐ 登録済

この欄は、今回扶養申請される方の続柄が 子 の場合のみご記入ください。  
なお認定対象者が 16歳未満の子 の場合、①被扶養者として申請する理由のみご記入ください。

|                            |     |                                 |
|----------------------------|-----|---------------------------------|
| 被保険者様ご自身の配偶者はすでに当健保の加入者ですか | はい  |                                 |
|                            | いいえ | 昨年の収入( 円/年) 現在の収入( 円/年) ※年金収入含む |

|                             |                                                  |                                                |                    |    |       |      |             |
|-----------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------|----|-------|------|-------------|
| ①                           | 被扶養者として申請する理由                                    | 1. 入社のため                                       |                    |    |       |      |             |
|                             |                                                  | 2. 出生のため (※ 個人番号が確定していない場合、上記個人番号記載欄の記載は不要です。) |                    |    |       |      |             |
|                             |                                                  | 3. 結婚したため                                      | 婚姻日 令和 年 月 日       |    |       |      |             |
|                             |                                                  | 4. 仕事を辞めて無収入になったため                             | 退職日 令和 年 月 日       |    |       |      |             |
|                             |                                                  | 5. 収入が減ったため                                    | 令和 年 月 日           |    |       |      |             |
|                             |                                                  | 6. 雇用保険失業給付受給終了のため                             | 受給終了日 令和 年 月 日     |    |       |      |             |
|                             |                                                  | 7. その他 [ ]                                     |                    |    |       |      |             |
| ②                           | 認定対象者が直近まで加入していた健康保険を教えてください                     | 1. 国民健康保険                                      | 2. 全国健康保険協会(協会けんぽ) |    |       |      |             |
|                             |                                                  | 3. その他の健康保険・共済組合 [保険者名称]                       |                    |    |       |      |             |
| ③                           | 認定対象者は現在働いていますか                                  | はい (⑦へお進みください)                                 | いいえ (④へお進みください)    |    |       |      |             |
|                             |                                                  | ある (⑤へお進みください)                                 | ない (⑦へお進みください)     |    |       |      |             |
| ④                           | 認定対象者は過去2年間に働いていたことがありますか                        | はい (⑥へお進みください)                                 | いいえ (⑦へお進みください)    |    |       |      |             |
|                             |                                                  | [退職理由]                                         | [退職理由]             |    |       |      |             |
| ⑤                           | 認定対象者は雇用保険に加入していましたか                             | 1. 受給中 [受給日額] 円                                |                    |    |       |      |             |
|                             |                                                  | 2. 申請中または申請予定 [手続日] 令和 年 月 日                   |                    |    |       |      |             |
|                             |                                                  | 3. 延長中または延長予定 [延長理由]                           |                    |    |       |      |             |
|                             |                                                  | 4. 受給終了                                        |                    |    |       |      |             |
|                             |                                                  | 5. 受給しない [理由]                                  |                    |    |       |      |             |
|                             |                                                  | 6. その他 [ ] (⑦へお進みください)                         |                    |    |       |      |             |
| ⑥                           | 認定対象者は現在、収入がありますか                                | ある (⑧へお進みください)                                 | なし (⑩へお進みください)     |    |       |      |             |
|                             |                                                  |                                                |                    |    |       |      |             |
| ⑦                           | 認定対象者の収入額を教えてください                                | [年間収入 約 円] (⑨へお進みください)                         |                    |    |       |      |             |
|                             |                                                  |                                                |                    |    |       |      |             |
| ⑧                           | 認定対象者の収入内容を教えてください                               | 1. 給与(パート・アルバイト収入)                             | 2. 不動産収入           |    |       |      |             |
|                             |                                                  | 3. 利子・配当金収入                                    | 4. 自営業収入           |    |       |      |             |
|                             |                                                  | 5. 年金・恩給 (種類に○をしてください)                         |                    |    |       |      |             |
|                             |                                                  | A. 老齢年金 B. 遺族年金 C. 個人年金 D. 障害年金                |                    |    |       |      |             |
|                             |                                                  | E. 企業年金 F. 恩給 G. その他 [ ]                       |                    |    |       |      |             |
|                             |                                                  | 6. 社会保険給付等 (種類に○をしてください)                       |                    |    |       |      |             |
|                             |                                                  | A. 傷病手当金 B. 出産手当金 C. 労災保険の休業補償等                |                    |    |       |      |             |
| D. その他 [ ]                  |                                                  |                                                |                    |    |       |      |             |
| 7. その他 [ ] (⑩へお進みください)      |                                                  |                                                |                    |    |       |      |             |
| ⑨                           | 認定対象者は被保険者と同居していますか                              | はい                                             | いいえ                |    |       |      |             |
|                             |                                                  |                                                | 別居理由 [ ]           |    |       |      |             |
|                             |                                                  |                                                | 1ヶ月の送金額 [ 円]       |    |       |      |             |
|                             |                                                  | ※別居理由が単身赴任または就学以外の場合、送金証明を添付してください             |                    |    |       |      |             |
| 認定対象者が「配偶者」以外の場合、⑩⑪へお進みください |                                                  |                                                |                    |    |       |      |             |
| ⑩                           | 認定対象者に配偶者はいますか (認定対象者が被保険者様ご自身の配偶者以外の場合にご記入ください) | はい                                             | いいえ [配偶者氏名]        |    |       |      |             |
|                             |                                                  | 1. 死別 2. 離婚 3. 未婚                              | [配偶者年収額 円]         |    |       |      |             |
| ⑪                           | 認定対象者が配偶者・子以外の場合、家族構成を記入してください                   | 氏名                                             | 続柄                 | 年齢 | 同居・別居 | 年間収入 | 対象者への援助の有無  |
|                             |                                                  |                                                |                    |    | 同・別   | 円    | 有 [ 円] ・ なし |
|                             |                                                  |                                                |                    |    | 同・別   | 円    | 有 [ 円] ・ なし |
|                             |                                                  |                                                |                    |    | 同・別   | 円    | 有 [ 円] ・ なし |