

扶養事情説明書 (配偶者用)

記号		番号		被保険者氏名	
----	--	----	--	--------	--

1.認定対象者について

氏名			続柄		
申請理由及び今後の予定			同居区分	同居 別居
				

※現在妊娠中の方は、出産予定日 年 月 日

2.認定対象者の収入について

収入について	有	年間収入 円
		① 年金収入(障害年金等含む) ② 給与収入(パート・アルバイト等含む) ③ 営業収入 ④ その他(具体的に)⇒[]
	無	① 離職後1年未満 (カッコ内雇用保険受給資格者証の各面の写しを添付して下さい) a 失業給付受給途中で(一面) b 失業給付を受給しない(受給しない旨記載した証明書) c 失業給付受給延長中 d 今後失業給付受給延長を行なう e 雇用保険未加入 f 失業給付受給終了(年 月 日)(三・四面) ② 過去1年以上無収入(無職) ③ 健康上の理由により就労できない ④ 自営業を廃業した(廃業日 年 月 日) ⑤ その他(具体的に)⇒[]

3.認定対象者が今まで加入していた医療保険及び受給できる医療費助成について

(1) 医療保険について

① 会社で加入していた健康保険(本人) 所在地 右に記入して下さい ⇒ 入社年月日 年 月 日 名称 退社年月日 年 月 日 保険証記号 番号	② 退職後加入した任意継続(本人)	③ 会社で加入していた健康保険(家族)
④ 退職後加入した任意継続(家族)	⑤ 国民健康保険	⑥ 無保険

(2) 受給できる医療費助成について

自治体から医療費助成(障害など)を受けていますか?	はい (制度名:)	いいえ
---------------------------	-------------------------------------	-----

認定対象者(被扶養者申請する者)の状況は上記のとおり間違いありません。

年 月 日

被保険者氏名

上記相違ないことを証明します。

年 月 日

所在地

事業所 名称

代表者