

熊本県自動車販売店健康保険組合
常務理事 殿

健康保険被扶養者認定申立書

被扶養者として認定を受けようとする場合は、この「認定申立書」を添付して「被扶養者(異動)届」を届出下さい

尚、扶養の事実関係確認のため、必要書類等の追加提出をお願いする場合がございます。
必要書類が届いたうえで認定確認をしますので、提出が遅れる場合は認定まで時間を要する場合があります。

被保険者証	記 号	番 号	被保険者氏名	ケンポ リョウイチ 健保 良一 印
	6100	1234		
被扶養者認定 を受けようとする 者(対象者)	氏 名		続 柄	認定を受けようとする理由(具体的に記入して下さい)
	健保	良子	妻	配偶者の就職
	健保	良太	長男	

* 結婚・離職、配偶者死別等の場合はその日付も記入して下さい。
以下は認定を受けようとする方についてご記入ください。

対象者が今まで 加入していた健康保険	1. 国民健康保険 2. 協会けんぽ 3. 健康保険組合 4. 共済組合 ⑤. 被保険者の扶養
	前保険の資格喪失の年月日 (退職の場合は退職日の翌日) 令和7年 4月 1日 理由: 退職・その他 ()

2. 3. 4. に○をされた場合、
(1) 現在、任意継続保険に加入されていますか。 はい ・ いいえ
*任意継続資格喪失後、認定をご希望の場合は、任意継続の資格喪失日が確認できる証明を添付して下さい。

(2)現在の収入状況について(無職等収入がない方は所得証明書を添付ください)		添 付 書 類
給与・賞与・アルバイト収入等	有 (月額 円) ・ 無	① 勤務内容証明書 ② 源泉徴収票(写)、又は所得証明等の公的収入証明 ①②各1通
農業・商業・不動産等の報酬等	有 (月額 円) ・ 無	確定申告書と収支内訳書又は所得税青色申告決算書(損益計算書)の写し等
年金(老齢・障害・遺族)等	有 (月額 円) ・ 無	直近の年金額確定通知書 年金振込通知書の写し等
雇用保険受給等	有 (月額 円) ・ 無	雇用保険受給資格者証(証明票)の写し
傷病手当金等	有 (月額 円) ・ 無	支給期間・金額が確認できる書類
退職金	有 (円) ・ 無	
仕送り・その他()	有 (月額 円) ・ 無	送金額が確認できるもの (通帳等6ヶ月分)の写し等

その他、上記およびそれ以外にも収入がある方は、直近の金額がわかる書のコピーを添付して下さい。

(3)過去2年間の勤務状況について ※雇用保険受給資格者証(証明票)がない方は
下記に記入された期間の離職票の写しを必ず添付ください。

勤務していた 事業所名: ○○株式会社 パート
直近① 勤務期間 令和2年 4月 1日 ~ 令和7年 3月 31日

勤務していた 事業所名: 有限会社 △△
② 勤務期間 平成29年 10月 1日 ~ 平成31年 12月 31日

勤務していた 事業所名: _____
③ 勤務期間 年 月 日 ~ 年 月 日

尚、事実と相違していたことが判明した場合は、被扶養者の認定を取り消させていただきます。