

被保険者氏名	⑩ 記号	番号
--------	------	----

1. 被扶養者として申請するものの氏名 *続柄は長男、父、義父など正確に

氏名	年度末年齢	歳	続柄
配偶者の有無 (申請者の)	<input type="checkbox"/> 有 配偶者が加入している健康保険の種類 (社会保険 ・ 国民健康保険) (年収:)		
	<input type="checkbox"/> 無 (未婚 ・ 離婚 ・ 死別)		

2. 申請する理由 *詳しく記入してください

3. 申請対象者の今まで加入していた保険

<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 任意継続(退職後) <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会(協会けんぽ) <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> その他()
--

4. 申請対象者の公費負担医療の有無(市町村などによる医療費助成)

<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※有の場合下記項目を選択してください 認定市町村名() <input type="checkbox"/> 子ども(乳幼児)医療 <input type="checkbox"/> 障害者医療 <input type="checkbox"/> 母子(父子)家庭 <input type="checkbox"/> 市特定疾病 <input type="checkbox"/> その他()

5. 申請対象者の現在の状況を教えてください。

<input type="checkbox"/> 無職(6ヶ月以上) <input type="checkbox"/> 最近退職した <input type="checkbox"/> 働いている

6. 申請対象者が離職による申請の場合のみ記入してください。

離職日(退職日)	平成 年 月 日
会社名	
入社時期	昭和・平成 年 月頃
雇用保険	<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入

7. 同居者の収入現況(年度末年齢19歳以上、被保険者、申請者以外の方のみ記入してください)

氏名	年齢	続柄	職業	年収
				円
				円
				円

8. 申請対象者の現在の収入について(今後1年間の見込み)

現在の状況	収入	年間収入
① 会社・商店などの収入 <input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> アルバイト	有・無	円
② 自営業収入 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 漁業 <input type="checkbox"/> 林業	有・無	円
③ 年金収入 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 農業者 <input type="checkbox"/> その他()	有・無	円
④ 保険給付収入 <input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 傷病手当	有・無	円
⑤ その他の収入(所得)がある <input type="checkbox"/> 不動産 <input type="checkbox"/> 利子配当	有・無	円
⑥ その他の収入 ()	有・無	円

9. 被保険者署名捺印欄

愛知製鋼健康保険組合 御中

上記、申告に相違があった場合、被扶養者認定日に遡って被扶養者資格を削除するとともに、医療費、保険給付費、健保施設利用料金等全額返納いたします。

被保険者名 _____ 年 月 日

⑩ _____

常務理事	事務長	担当	受付