

任意継続被扶養者認定申告書

常務理事	事務長	担当	担当

ひかり健康保険組合理事長殿

提出日：令和 年 月 日

被保険者 (本人)	氏名	勤務していた時に使用していた 被保険者の記号・番号		記号	番号
	住所	TEL :			
申請理由や経緯について (生活実態や異動の契機となった事由などについて詳しく)					
現在の被扶養者の加入状況について (健康保険制度)		A. ひかり健康保険組合 (被保険者・被扶養者) D. 任意継続 (被保険者・被扶養者) B. 他健康保険または共済組合 (被保険者・被扶養者) E. 無保険 (前職退職後含む) C. 国民健康保険組合 F. その他 ()			

○被保険者(本人)と本人以外のご家族について(父母・配偶者・兄弟等、いない場合「なし」と記入)。家計に対する負担額も明記。

氏名	続柄	年齢	居住状況	職業	年収見込額(向こう1年)	生計負担額(月額)
被保険者本人	本人	-	-		万円/年	万円/月
		歳	同居・別居・単身赴任		万円/年	万円/月
		歳	同居・別居・単身赴任		万円/年	万円/月
		歳	同居・別居・単身赴任		万円/年	万円/月
		歳	同居・別居・単身赴任		万円/年	万円/月

	本人	認定対象者①	認定対象者②	
氏名フリガナ				
氏名				
続柄				
生年月日 / 年齢	S・H・R 年 月 日 / 歳	S・H・R 年 月 日 / 歳	S・H・R 年 月 日 / 歳	
性別	男・女	男・女	男・女	
配偶者の有無	有・無(離別・死別)	有・無(離別・死別)	有・無(離別・死別)	
今後の 収入 について	A. 給与等勤労収入(パート・アルバイト含む)	円/月	円/月	
	B. 事業所得(自営・農業・不動産等)	自営・農業 ※該当するものに○ 不動産・その他 円/月	自営・農業 ※該当するものに○ 不動産・その他 円/月	自営・農業 ※該当するものに○ 不動産・その他 円/月
	C. 各種年金、恩給等 (厚生・国民・恩給・遺族・障害・その他)	厚生・国民 ※該当するものに○ 恩給・遺族 障害・その他 円/月	厚生・国民 ※該当するものに○ 恩給・遺族 障害・その他 円/月	厚生・国民 ※該当するものに○ 恩給・遺族 障害・その他 円/月
	D. 給付金受給等 a. 傷病手当金 b. 出産手当金 円/月 c. 育児休業給付金 d. 雇用保険失業給付金 (申請状況) ① 申請中、もしくは申請予定 ② 受給期間延長 ③ 受給終了 ④ その他	※該当するものに○ a. b. 円/月 c. d. ※dは該当するものにレ点・記入 申請状況(①~④) : _____ <input type="checkbox"/> 受給 予定/終了 日 年 月 日頃 <input type="checkbox"/> 受給期間延長 <input type="checkbox"/> 受給権放棄 <input type="checkbox"/> 加入期間が12か月未満(直近2年)	※該当するものに○ a. b. 円/月 c. d. ※dは該当するものにレ点・記入 申請状況(①~④) : _____ <input type="checkbox"/> 受給 予定/終了 日 年 月 日頃 <input type="checkbox"/> 受給期間延長 <input type="checkbox"/> 受給権放棄 <input type="checkbox"/> 加入期間が12か月未満(直近2年)	※該当するものに○ a. b. 円/月 c. d. ※dは該当するものにレ点・記入 申請状況(①~④) : _____ <input type="checkbox"/> 受給 予定/終了 日 年 月 日頃 <input type="checkbox"/> 受給期間延長 <input type="checkbox"/> 受給権放棄 <input type="checkbox"/> 加入期間が12か月未満(直近2年)
	E. 仕送り 誰からかと、仕送り額 仕送り方法	※該当するものに○ () から () 円/月 () から () 仕送り方法(振込・書留・他)	※該当するものに○ () から () 円/月 () から () 仕送り方法(振込・書留)	※該当するものに○ () から () 円/月 () から () 仕送り方法(振込・書留・他)
	F. その他(不動産・利子・配当金など)	円/月	円/月	円/月

- 【健康保険】任意継続被保険者資格取得申請書(被扶養者届)
 被保険者および認定対象者の属する世帯の住民票 ※世帯全員分・続柄の記載があるもの ※提出日より3か月以内に発行されたもの
 任意継続被扶養者認定申告書
 添付書類 ※扶養追加必要書類一覧に掲載

上記の通り、本申告書の事実と相違ありません。
なお、事実と相違していた場合には、被扶養者の認定を遡って取り消しの上、医療費等の給付金、健康診断等の補助金の返還をすることを誓約します。
また、事実関係に変動があり、扶養者の認定基準から外れた場合は、直ちに扶養削除の手続きを行うことを誓約します。

令和 年 月 日

被保険者氏名 署名又は記名捺印

更新日：令和6年12月