

1 被扶養者（子）の氏名、生年月日等をご記入ください。

2 ・申請理由をご記入ください。
 ・今までの生活費についてご記入ください。

3 ・離職後1年以内に扶養の加入手続きを行う場合はご記入ください
 ※公務員であった場合は不要です。

・併せて「雇用保険（失業給付金に関する誓約書）（海空運健保HPダウンロード可能）をご提出ください。

・雇用保険が未加入だった場合は、「給与明細（コピー）」または「事業主の未加入証明」等未加入であったことがわかる書類を添付ください。

・雇用保険（失業給付金）を受給開始した場合は、「支給開始日」の記載がある「雇用保険受給資格者証の（両面コピー）」（受給が終了した場合は「支給終了」が記載されたもの）を添付ください。

①～③の日額未満の場合は扶養認定可能です。

① ②～③の年齢以外
 【日額：3,612円未満】

② 19歳以上23歳未満（配偶者は除く）
 【日額：4,167円未満】

③ 60歳以上（障害認定者）
 【日額：5,000円未満】

※ 後日、扶養認定後の調査により、失業給付金を受給していることが判明した場合は、遡って扶養認定を取消す場合もあります。

4 本人として健康保険に加入していた場合（国民健康保険を除く）は、以下の退職日が確認できる書類を添付ください。

離職票（コピー）、勤務先の発行した退職証明（コピー）、加入されていた健康保険の資格喪失証明書、源泉徴収票（コピー）、雇用保険資格喪失確認通知書証明書（コピー）等

喪失年月日は退職日の翌日をご記入ください。

被扶養者認定対象者現況届 [子の申請用] 1 枚目

記入漏れがあった場合は、書類をお返しして再度ご提出いただくことになりますので、必ず全ての項目にご回答ください。なお、雇用保険の失業給付金とは、雇用保険法第10条の「基本手当」のことを指します。

申請被扶養者名	氏 名	性別	生年月日	続柄	現在の職業	世帯別	配偶者の有無
	海空運 空子	男・♀	H4.4.1 ①	長女	無職	同居・別居	有・無
申請理由 (該当する項目が複数ある場合、全て記入してください)	1. 被保険者の就職による申請 2. 被保険者の任意継続被保険者資格取得による申請 3. 退職 令和7年 3月 31日 [理由: 自己都合による退職・自己都合以外による退職] 4. 失業給付金受給終了 年 月 日 5. 扶養者の変更(変更の理由と発生した日): 6. 賃金体系の変更による収入の減少又は就労状況の変更による健康保険の喪失 (年 月 日より変更) 7. その他 (②)						
今までの生活費について	1. 自分で働いていた(自 令和6年 11月 1日～至 令和7年 3月 31日) (正社員・契約社員・アルバイト、パート・派遣社員・その他 ()) *退職した場合…理由: 自己都合・定年・結婚・傷病・契約期間満了・その他 () 2. 失業給付金・傷病手当金・出産手当金を受給していた(自 年 月 日～至 年 月 日) 3. _____ (続柄 _____) に扶養されていた 4. その他 ()						
雇用保険(失業給付金)の受給について *過去1年以内に退職した方のみ記入してください	1. 雇用保険は未加入だった(理由:) 2. 失業給付金を申請しない…理由: 就労の意思がない・就労不能状態・雇用保険加入期間不足 その他 () 3. 令和 年 月 日に失業給付金を申請した 4. 令和 年 月 日に下記の理由で失業給付金の受給期間延長申請を行なった(理由: ③) 5. 令和 年 月 日に(失業給付金を受給申請・失業給付金を受給期間延長申請)する予定である 6. 現在、失業給付金を受給している 7. 令和 年 月 日に失業給付金の受給期間が満了した						
申請前に加入していた健康保険	1. (市区町村名) 国民健康保険 2. 全国健康保険協会 (東京) 支部 3. () 健康保険組合 4. () 共済組合 5. その他 (④) A. 本人として加入 B. 被扶養者として加入 C. 任意継続被保険者 喪失年月日 令和7年 4月 1日→理由 ①. 退職 ②. 任意継続期間満了 ③. その他 ()						
現在の生活について	1. 被保険者と同居している人は何人ですか(被保険者含む) ③ 人 2. 世帯全員の1ヶ月の生活費 月額 300,000 円 3. 被保険者の負担している1ヶ月の生活費 月額 300,000 円 *別居での扶養申請のときは、併せて下の項目にもご記入下さい。 1. 別居世帯は何人ですか ⑤ 人 2. 別居世帯全員の1ヶ月の生活費 月額 _____ 円 3. 被保険者からの1ヶ月の送金額 月額 _____ 円 (送金方法…給与口座から振込・現金書留・銀行、郵便局振込) 4. 被保険者以外の方からの1ヶ月の援助額 月額 _____ 円 (援助者の氏名: _____ 続柄: _____)						

5 健康保険でいう被扶養者とは、「被保険者により主として生計を維持されている者」です。具体的に「被保険者により生計を維持されている」とは、生活に必要な費用、つまり生計費の5割以上を被保険者の収入（援助）に頼っている状態をいいます。

また、被扶養者に収入がある場合には、被扶養者の年間収入が130万円未満（配偶者を除く19歳以上23歳未満は150万円未満 60歳以上、または障害厚生年金の受給要件に該当する程度の障害者は180万円未満）で、かつ、被保険者の年間収入の2分の1未満であることも必要な条件となります。同一世帯に属していない場合は、年間収入が被保険者からの仕送り額より少ない場合となります。

以上の条件を満たしていることが被扶養者に認定されるための前提条件となりますので、ご留意願います。

※「収入」とは、課税・非課税に関係なく収入として手に入るもの全てを指します。つまり、非課税扱いとなつて市区町村が発行する所得証明書に記載されない遺族厚生年金・恩給等も収入となりますので、必ず収入として申告していただくようお願いいたします。

6

収入が「2.ない」場合でも、直近の市区町村が発行する「所得証明書」または「課税（非課税）証明書」が必要です。ただし、マイナンバーによる情報照会（所得証明等）を希望する場合は添付不要です。

収入がある場合は、以下の書類を添付ください。

イ. 給与収入（パート・アルバイトの収入含む）・・・「雇用契約書（コピー）」または「給与等支払証明書」

ロ. 農業・漁業等の収入・・・「直近の確定申告書（コピー）」

※税務署の受付印または電子申請の受付の表示のあるもの

※青色申告の場合は「青色申告決算書」、白色申告の場合は「収支内訳書」等、収入の内訳が確認できる書類

ハ. 自営の商店等による収入・・・上記ロと同じ

ニ. 年金収入・・・「直近の年金額改定通知書（コピー）」または「直近の年金額振込通知書（コピー）」

ホ. 傷病手当金・出産手当金等・・・支給されている健康保険（保険者）からの「支給決定通知書（コピー）」

※支給期間が明記されているもの

扶養者認定対象者現況届 [子の申請用] 2 枚目

現在収入がありますか	1. ある 2. ない	イ. 給与収入（パート・アルバイトの収入含む） ロ. 農業・漁業・不動産等の収入 ハ. 自営の商店等による収入 ニ. その他の収入（	年額 _____ 円 年額 _____ 円 年額 _____ 円 ）年額 _____ 円								
学校に入学したあるいは入学する予定がありますか	1. ある 2. ない	学校名： 種別：全日制 ・ 定時制 ・ その他（	_____)								
対象者の扶養控除申告有無	給与所得税扶養控除の申告をしていますか 申告していない場合はその理由をご記入してください（理由：		1. はい 2. いいえ _____)								
海空運健康保険組合理事長殿											
上記のとおり相違ありません。なお、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れ、支払われた医療給付費について返納を求められても異議は申しません。											
令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	<table border="1"> <tr> <td>被保険等記号</td> <td>番号</td> </tr> <tr> <td>現住所</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>被保険者氏名</td> <td>_____</td> </tr> </table>			被保険等記号	番号	現住所	_____	電話番号	_____	被保険者氏名	_____
被保険等記号	番号										
現住所	_____										
電話番号	_____										
被保険者氏名	_____										

7

全日制の学生（大学・専門学校等）の方は在学証明書を添付ください。

8

被保険者の情報をご記入ください。