

被 保 険 者	健康保険資格	記号	311	番号	12345	氏名	健保 太郎
	現住所	〒 530-0000 大阪府大阪市〇〇〇1-2-3					
	住民票住所	(現住所と違う場合のみ記入) 〒 112-0000 東京都文京区〇〇町4-5-6					

(1) 申請対象者の状況

※課税・非課税証明書を添付して下さい(16歳未満の者及び24歳未満の学生は不要)。表中の添付書類と添付書類一覧表(別紙)をご確認ください。

フリガナ	ケンボ	ハナ	被保険者 との続柄	(被保険者から見て妻・長男等を記入)
申請対象者氏名	健保	花		二女
生年月日	令和 8 年 4 月 3 日	年齢		0 歳
申請対象者 現住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同居(同居の場合は口に✓を記入してください。その場合の現住所記載は不要です。) 〒 112-0000 東京都文京区〇〇町4-5-6			
申請対象者 住民票住所	(現住所と違う場合のみ記入) 〒			
申請理由 (該当に✓)	<input type="checkbox"/> 1) 被保険者の入社(健保加入)に伴う申請 <input checked="" type="checkbox"/> 2) 出生 <input type="checkbox"/> 3) 申請対象者の退職 <input type="checkbox"/> 4) 申請対象者の雇用保険失業給付受給終了 <input type="checkbox"/> 5) 結婚 <input type="checkbox"/> 6) 来日・帰国による申請 <input type="checkbox"/> 7) 上記以外 <input type="checkbox"/> 7) 上記以外 詳細をご記入ください			
直近で加入していた (る)健康保険	<input type="checkbox"/> 1) 自身で加入(勤務先の健康保険) <input type="checkbox"/> 2) 自身で加入(退職後の任意継続保険) 添付書類:健康保険喪失証明書 <input type="checkbox"/> 3) 被保険者の扶養として加入 <input type="checkbox"/> 4) 他の家族の扶養として加入 誰の <input type="checkbox"/> 5) 国民健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> 6) 健康保険未加入・無保険			
被保険者の 配偶者の有無 (配偶者以外の申請 時に記入)	<input type="checkbox"/> 1) 有(被扶養者としてすでに認定されている、または今回同時に申請) <input checked="" type="checkbox"/> 2) 有(他の健康保険に加入) 年収 5,000,000 円 <input type="checkbox"/> 3) 無 理由 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死別			
他の扶養義務者の 有無(配偶者・子以外 の申請時に記入)	他の扶養義務者=申請対象者を扶養する義務のある親族(例:母の申請→父・あなたの兄弟等) <input type="checkbox"/> 1) 有 続柄 年収 円 <input type="checkbox"/> 2) 無 理由 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死別			
被保険者が実際に申請対象者の 生計費として負担している費用(月額)	50,000 円/月			
申 請 対 象 者 の 収 入 状 況	種類	金額		
	1. 給与収入(パート・アルバイト他)	0 円/月	直	同居の場合は被保険者が負担する生計費総額のうち、申請対象者分を概算で記入して下さい。別居の場合は仕送り額を記入して下さい。(ただし単身赴任の場合、配偶者・子への仕送り不要。同居に準ずる扱いとする。)
	2. 事業収入(農業等)	0 円/月	確	
	3. 利子配当、株式譲	0 円/月	確	
	4. 不動産賃貸収入	0 円/月	確	
	5. 雇用保険給付(失業給付等)	<input checked="" type="checkbox"/> 働いたことがない、直近該当なし	非課税証明書(16歳未満及び24歳未満の学生は不要)	
		<input type="checkbox"/> 受給予定 <input type="checkbox"/> 放棄 <input type="checkbox"/> 延長	離職票1.2(写)及び誓約書	
		<input type="checkbox"/> 受給終了 <input type="checkbox"/> 受給中(日額扶養範囲内)	受給資格者証(両面写)	
		<input type="checkbox"/> 受給資格無(雇用保険加入期間不足)	離職票1.2(写)または雇用保険被保険者資格喪失通知書(写)	
	<input type="checkbox"/> 雇用保険未加入	雇用保険未加入の証明(写) ※要退職日記載		
6. 年金(老齢・遺族・障害・共済・企業・個人)	0 円/月	直近の改定通知書(写)又は、支給通知書(写)		
7. 傷病手当金・労災給付等	0 円/月	支給決定通知書(写)、受給満了通知書(写)		
8. 被保険者以外からの仕送り、養育費等	0 円/月	誰から		
9. その他	0 円/月	具体的に		

(2) 別居の場合は、必ず記入して下さい。

別居の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 1) 単身赴任 <input type="checkbox"/> 2) 通学 <input type="checkbox"/> 3) その他 (配偶者・子の申請時は、その理由の詳細を記入)→				
配偶者・子の申請で別居の理由が1)単身赴任の場合は、以下ご記入不要です。					
被保険者からの 送金額	円/月	申請対象者と 同居の家族	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	続柄	添付書類 送金証明、同居家族の収入確認書類
同居の家族が申請対象者を扶養できない理由					

(3) 申請対象者のマイナンバーご提出状況(被保険者の勤務先にご提出ください。会社経由で三井物産健保に届出されます)

該 当 に ✓	<input type="checkbox"/> 1) 今回の扶養申請と同時にマイナンバー提出済 または 過去に扶養認定されていた時にすでに提出済 <input checked="" type="checkbox"/> 2) これから提出予定 → 令和 8 年 5 月 頃提出予定 <input type="checkbox"/> 3) マイナンバー付番されていないため、現時点では提出不可(海外出生の子・海外在住の外国籍の方) ※帰国後に必ず提出してください
------------------	--

上記記載事項は全て事実と相違ありません。

提出日 令和 8 年 4 月 10 日

被保険者署名

健保 太郎

被保険者	健康保険資格	記号	311	番号	12345	氏名	健保 太郎
	現住所	〒 530-0000 大阪府大阪市〇〇〇1-2-3					
	住民票住所	(現住所と違う場合のみ記入) 〒 112-0000 東京都文京区〇〇町4-5-6					

(1) 申請対象者の状況

※課税・非課税証明書を添付して下さい(16歳未満の者及び24歳未満の学生は不要)。表中の添付書類と添付書類一覧表(別紙)をご確認ください。

フリガナ	ケンボ	ハナ	被保険者 との続柄	(被保険者から見て妻・長男等を記入)
申請対象者氏名	健保	花子		母
生年月日	昭和 35 年 3 月 1 日	年齢	66	歳
申請対象者 現住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同居 (同居の場合は口に✓を記入してください。その場合の現住所記載は不要です。) 〒 101-0000 東京都千代田区〇〇町1-2-3			
申請対象者 住民票住所	(現住所と違う場合のみ記入) 〒			
申請理由 (該当に✓)	<input type="checkbox"/> 1) 被保険者の入社(健保加入)に伴う申請 <input type="checkbox"/> 2) 出生 <input type="checkbox"/> 3) 申請対象者の退職 <input type="checkbox"/> 4) 申請対象者の雇用保険失業給付受給終了 <input type="checkbox"/> 5) 結婚 <input type="checkbox"/> 6) 来日・帰国による申請 入国日 <input checked="" type="checkbox"/> 7) 上記以外 詳細をご記入ください 父と離婚し、母の生活費は主として被保険者の毎月の仕送りに依るため			
直近で加入していた (る)健康保険	<input type="checkbox"/> 1) 自身で加入(勤務先の健康保険) <input type="checkbox"/> 2) 自身で加入(退職後の任意継続保険) 添付書類:健康保険喪失証明書 <input type="checkbox"/> 3) 被保険者の扶養として加入 <input checked="" type="checkbox"/> 4) 他の家族の扶養として加入 誰の 父 <input type="checkbox"/> 5) 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 6) 健康保険未加入・無保険			
被保険者の 配偶者の有無 (配偶者以外の申請 時に記入)	<input type="checkbox"/> 1) 有(被扶養者としてすでに認定されている、または今回同時に申請) <input type="checkbox"/> 2) 有(他の健康保険に加入) 年収 円 <input checked="" type="checkbox"/> 3) 無 理由 <input type="checkbox"/> 離婚 <input checked="" type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死別			
他の扶養義務者の 有無(配偶者・子以外 の申請時に記入)	他の扶養義務者=申請対象者を扶養する義務のある親族(例:母の申請→父・あなたの兄弟等) <input checked="" type="checkbox"/> 1) 有 続柄 姉 年収 0 円 申請対象者と <input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 2) 無 理由 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死別			
被保険者が実際に申請対象者の 生計費として負担している費用(月額)	100,000 円/月			

種類	金額	添付書類
1. 給与収入(パート・アルバイト他)	0 円/月	
2. 事業収入(農業等)	0 円/月	
3. 利子配当、株式譲渡収入	0 円/月	
4. 不動産賃貸収入	0 円/月	
5. 雇用保険給付(失業給付等)	<input checked="" type="checkbox"/> 働いたことがない、直近該当なし <input type="checkbox"/> 受給予定 <input type="checkbox"/> 放棄 <input type="checkbox"/> 延長 離職票1, 2(写) 及び 誓約書 <input type="checkbox"/> 受給終了 <input type="checkbox"/> 受給中(月額扶養範囲内) 受給資格者証(両面写) <input type="checkbox"/> 受給資格無(雇用保険加入期間不足) 離職票1, 2(写) または 雇用保険被保険者資格喪失通知書(写) <input type="checkbox"/> 雇用保険未加入 雇用保険未加入の証明(写) ※要退職日記載	
6. 年金(老齢・遺族・障害・共済・企業・個人)	60,000 円/月	直近の改定通知書(写)又は、支給通知書(写)
7. 傷病手当金・労災給付等	0 円/月	支給決定通知書(写)、受給満了通知書(写)
8. 被保険者以外からの仕送り、養育費等	0 円/月	誰から
9. その他	0 円/月	具体的に

(2) 別居の場合は、必ず記入して下さい。

別居の理由	<input type="checkbox"/> 1) 単身赴任 <input type="checkbox"/> 2) 通学 <input checked="" type="checkbox"/> 3) その他 (配偶者・子の申請時は、その他理由の詳細を記入)→			
配偶者・子の申請で別居の理由が 1)単身赴任の場合は、以下ご記入不要です。				
被保険者からの 送金額	100,000 円/月	申請対象者と 同居の家族	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 続柄	添付書類 送金証明、同居家族の収入確認書類
同居の家族が申請対象者を扶養できない理由				

(3) 申請対象者のマイナンバーご提出状況(被保険者の勤務先にご提出ください。会社経由で三井物産健保に届出されます)

該当に	<input checked="" type="checkbox"/> 1) 今回の扶養申請と同時にマイナンバー提出済 または 過去に扶養認定されていた時にすでに提出済
	<input type="checkbox"/> 2) これから提出予定 → 年 月 頃提出予定
	<input checked="" type="checkbox"/> 3) マイナンバー付番されていないため、現時点では提出不可(海外出生の子・海外在住の外国籍の方) ※帰国後に必ず提出してください

上記記載事項は全て事実と相違ありません。

提出日 令和 8 年 4 月 10 日

被保険者署名

健保 太郎