

【提出先】

- ① ファイルリクエスト(推奨) : <https://ono-pharma.app.box.com/f/4d9b5c1556d149a5800ad74839a37ea4>
- ② 社内便の場合 : 社員 ⇒ 人事部 ⇒ 小野薬品健康保険組合
- ※ 証明書類を添付 : 上記①の場合はスキャナーやスマホ撮影の画像データ可

この用紙は「健康保険組合の被扶養者としての資格を有するか」を確認するための書類です。健康保険組合の被扶養者として認定申請される方は「健康保険被扶養者異動届」と一緒に提出してください。記入方法等ご不明な点がございましたら、健康保険組合（Tel:06-6222-5665）までお問い合わせください。

被扶養者認定対象者の状況届（配偶者用）

小野薬品健康保険組合 殿

被扶養者認定対象者の状況についてご報告します。下記の内容は事実に相違ありません。

令和 年 月 日

被保険者氏名 : _____

記

- ★ 健保組合の被扶養者となるためにはすべてを満たさなければなりません。該当する箇所にチェックしてください。

・主に被保険者の収入により、対象者の暮らしが成り立っている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
・今後1年間の収入見込額（給与・年金・自営等の収入がある場合）が、130万未満（60歳以上または障害厚生年金を受ける程度の障害者は180万未満）であり、かつ被保険者の年間収入の1/2未満である	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 収入がないので関係ない
・75歳未満である	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

認定を受ける被扶養者に関する事項

1	申請する被扶養者の氏名 _____ <input type="checkbox"/> 同居（被保険者が単身赴任の場合は同居扱い） <input type="checkbox"/> 別居（理由：_____）
2	被扶養者として申請する理由について <input type="checkbox"/> 被保険者（社員）の入社 <input type="checkbox"/> 結婚（婚姻日：令和_____年_____月_____日 ※入籍日等） <input type="checkbox"/> 退職（退職日：令和_____年_____月_____日） （退職理由） <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 定年 <input type="checkbox"/> 会社都合 <input type="checkbox"/> 自己都合 <input type="checkbox"/> その他（_____） <input type="checkbox"/> 収入額減少のため <input type="checkbox"/> 雇用保険（失業給付）受給終了のため（受給終了日：令和_____年_____月_____日） <input type="checkbox"/> その他（_____）
3	申請する被扶養者が加入している（していた）健康保険について <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <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"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> その他（_____） <input type="checkbox"/> 任意継続（令和_____年_____月分までの保険料を支払済） ※ 上記の健康保険の被保険者ですか、それとも被扶養者ですか <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者
4	被保険者（社員）から申請する被扶養者への仕送り額について（別居の場合のみ） 月額 _____ 万円

認定を受ける被扶養者に関する事項

5	申請する被扶養者の最終勤務状況について (退職(離職)日が1年以内の方のみご記入ください) ・ 退職(離職)日 令和 年 月 日 (勤続年数 年 月 日) ・ 雇用保険の失業給付を受給していますか <input type="checkbox"/> 現在受給中 (日額 円) ※ 上記日額は雇用保険受給資格者証の「19.基本手当日額」欄の金額を記入ください。 <input type="checkbox"/> 申請中(申請予定) <input type="checkbox"/> 受給延長中(出産等のため) <input type="checkbox"/> 受給権利があるが申請しない <input type="checkbox"/> 受給権利なし
} この欄にチェックをされた方は、別紙「誓約書」を提出ください。	
6	申請する被扶養者の収入について (今後1年間の収入見込額をご記入ください) (認定に際しては前年度の収入額よりも今後の見込額を優先)
収入について(該当するものすべてにご記入ください)	
<input type="checkbox"/> 無収入	年間収入見込額 -
<input type="checkbox"/> 給与収入(パート、アルバイト、内職等) ※ 総収入額 月額 円 × 12ヶ月 (交通費) 約 万円 時給 円 × 1ヶ月の勤務時間 時間 + 円 約 万円 日給 円 × 1ヶ月の勤務日数 日 + 円 約 万円 ※ 交通費が支給される場合は交通費も収入とみなします。	
<input type="checkbox"/> 雇用保険の失業給付	約 万円
<input type="checkbox"/> 年金収入 (<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金)	約 万円
<input type="checkbox"/> 年金収入 (<input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金)	約 万円
<input type="checkbox"/> 事業所得	約 万円
<input type="checkbox"/> 不動産所得	約 万円
<input type="checkbox"/> 配当収入、利子収入、その他	約 万円
<input type="checkbox"/> 出産手当金 ※ 健保組合から支給されている場合のみ記入	約 万円
<input type="checkbox"/> 傷病手当金 ※ 健保組合から支給されている場合のみ記入	約 万円
7	その他(特記事項など)

★ 被扶養者認定の判断材料としますので、別紙【提出書類チェックリスト(配偶者)】を確認のうえ、該当する書類を必ず添付ください。 ※ すべてコピーで結構です。

[事務担当者使用欄]

人事課		健康保険組合		
受付日	担当者	常務理事	事務長	担当者