

【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（父母・兄弟姉妹等）

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。

・ ①直系尊属（孫・兄弟姉妹・父母など）、②同居して家計を共にしている三親等以内の親族（義父母など）のいずれかである	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
・ 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
・ 別居の場合は対象者の収入額を上回る金額を被保険者が送金しており、かつ原則6カ月分の送金証明がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 同居なので関係ない
・ 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"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 配偶者死亡のため <input type="checkbox"/> 退職（退職日：令和_____年_____月_____日） （退職理由） <input type="checkbox"/> 自己都合 <input type="checkbox"/> 会社都合 <input type="checkbox"/> 定年 <input type="checkbox"/> 病気 <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	申請する被扶養者の配偶者について <input type="checkbox"/> 同時に申請 <input type="checkbox"/> 他の健康保険に加入 <input type="checkbox"/> いない（離別） <input type="checkbox"/> いない（死亡の場合：遺族年金 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし）

