

【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（子ども：大学生・大学院生・専門学校生等）

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。

・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
・大学生、大学院生、専門学校生等である	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・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"/> 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"/> その他（_____） <input type="checkbox"/> 配偶者の収入額減少のため <input type="checkbox"/> その他（_____）
3	あなたの配偶者は当健康保険組合の被扶養者ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 同時に申請 <input type="checkbox"/> いない（ <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 _____ ） <input type="checkbox"/> いいえ（注）「いいえ」と回答された方は以下についてもご記入ください。  配偶者の直近の年間収入額について _____ 約 _____ 万円（※） ※別紙【被扶養者の加入申請に必要な書類】をご確認のうえ、配偶者の収入証明を添付してください。 申請時に書類が揃わない場合は、不足書類を後日提出してください。 【注】健康保険では、夫婦共働きの場合、収入が多い方の被扶養者となります。

