令和　　年　　月　　日

東北薬業健康保険組合　御中

健康保険被扶養者認定についての申立書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記号番号 | 被保険者氏名（自署） | 被扶養者氏名 | 生年月日 | 年齢 | 続柄 |
|  |  |  |  |  |  |

1.対象者は今まで健康保険はどうしていたか。

　　□国民健康保険

　　□社会保険（本人・扶養者）　　健康保険名

　　□無保険

2.今回申請した理由は

3.現在の対象者の収入は（給与・年金・事業所得・失業保険・傷病手当金等全て含む）

　　（あり：　　　　　　　　金額￥　　　　　　　・　なし）

4.現在までの雇用保険状況について

　ア　雇用保険に加入　（していた・していない）　していた→イへ

　イ　失業給付を受給　（している・手続中・していた・しない）

　している→ウ　手続中→エ　していた→オ

　ウ　受給期間　　　　年　　月　　日～　　年　　月　　日　　日額￥

　エ　受給開始日　　　年　　月　　日　　日額￥

　オ　受給終了日　　　年　　月　　日　　日額￥

5.以前加入していた健康保険より傷病手当金の受給について

　ア　傷病手当金を現在受給　（している・していない）　している→イ

　イ　受給終了日　　　年　　月　　日　　　日額　　￥

6.その他特別な事情がある場合記載してください