

扶養事実届出書

(1 枚のうちの 1 枚目)

職員番号 所属 組合員氏名
0 1 2 3 4 5 6 OO局 OOO課 共済 太郎

1 被扶養者として申告する対象者の状況について

氏名 共済 花子 続柄 妻 生年月日 平成 2 年 11 月 24 日 (30 歳)

加入していた医療保険 加入区分 資格喪失年月日 喪失理由 他に該当の医療証
1健康保険 1被保険者または組合員 令和4年 5月 1日 1退職のため 2任意継続満了
2共済組合 2任意継続被保険者(組合員) 3被扶養者非該当
3国民健康保険 3被扶養者 4その他(理由:)
4無保険(いつから 年月日 理由:)

加入していた医療保険が1健康保険または2共済組合で加入区分が1または2のとき保険者名と記号番号(国民健康保険のときは記入不要)
保険者名(健保名) 協会けんぽ 神奈川支部 記号 21153116 番号 12345

種類 年間収入額(7は日額で記入) C 対象者の配偶者の有無(組合員自身の場合は不要)
1収入なし a無職 b学生 0円
2給与収入(パート・バイト含) 円
3年金収入 円
4不動産収入 円
5事業・営業収入 円
6利子・配当金 円
7傷病手当金、出産手当金、雇用保険日額 円
8その他() 円
合計 円
D 1勤めていなかったのが該当がない
2加入していたが受給の意思がない(離職票一有・無)
3加入していたが期間不足のため受給できない
4加入していたので給付制限後に受給予定である
5受給期間延長予定である
6現在受給期間延長中である
7未加入だった
8受給終了済
9受給(予定)中であるが基本手当日額が基準額範囲内である
10その他(記入:)

E 離職について(過去1年以内に離職しているときは必ず記入してください)

直近の離職日 令和4年 4月 30日 退職金 無・有(金額 円) 離職事由 今年の7月に出産予定のため
勤務年数 6 年 1 か月 申告対象者が組合員の配偶者のときは記入不要
傷病手当金受給(今後請求可能な資格を含む)の有無 有・無

F 個人事業者ですか はい いいえ G 法人の役員になっていますか はい いいえ

2 協議者

続柄は認定対象者からみた続柄。子を申告する場合は被扶養者でない配偶者を記入してください。父母を申告する場合は同居・別居を問わず、組合員の兄弟姉妹全員について記入してください。その他、続柄により記入していただく方が異なります。

氏名 続柄 住所 職業 組合員が対象者を扶養することについて協議し同意を得ていますか
はい・いいえ

3 組合員が扶養することになった理由を記入してください。(出生時は記入不要)

出産が間近になり離職したことにより、無収入になったので、私が妻を扶養することになりました。

4 対象者の今後の予定について記入してください。(出生時は記入不要)

妻はしばらく育児に専念するため、私が扶養します。
子供の手が離れたら、また働きたいと考えています。

横浜市職員共済組合理事長様

上記のとおり、事実と相違ないことを届出します。今後、被扶養者の要件に該当しなくなったときは、速やかに申告するとともに保険給付の戻入が生じた場合は全額返還します。

令和 4 年 5 月 9 日

組合員名 共済 太郎

印

(自署のときは押印省略可)