

# 扶養事実届出書

( 枚のうちの 枚目)

職員番号	所 属	組合員氏名

## 1 被扶養者として申告する対象者の状況について

氏名		続柄		生年月日		年 月 日 ( 歳)
A 申告前の保険	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 2 任意継続被保険者(組合員) 3 被扶養者	年 月 日 <input type="checkbox"/> 現在継続中	1退職のため 2任意継続満了 3被扶養者非該当 4その他(理由: )		<input type="checkbox"/> ㉔ 重度障害者医療証 <input type="checkbox"/> ㉕ (ひとり親)福祉医療証 <input type="checkbox"/> 自立支援医療受給者証 <input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> ㉖ 乳児医療証(㉖は横浜市外に居住の方のみご提出ください)
	2 共済組合					
	3 国民健康保険					
	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)	記号	番号

**※事由発生日より30日を経過して届出をする場合は、3国民健康保険 もしくは 4無保険 にチェックしてください。**

B 向こう1年間の収入(内訳)	種 類	金額(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	有 → 配偶者の収入状況等確認が別途必要です 無 → 未婚・離婚・死亡 離婚のとき(離婚分割による年金受給の有無: 有・無) 死亡のとき(死亡日 年 月 日生前の職業: )			
	2 給与収入 給与収入の方はどちらかを選択してください。⇒ 給与収入のみです はい・いいえ	円	D 雇用保険について			
	3 年金収入 ※65歳以上で無い方は理由を記入⇒	円				
	4 不動産収入	円	1 勤めていなかったのが該当がない			
	5 事業・営業収入	円	2 加入していたが受給の意思がない(離職票→有・無)			
	6 傷病手当金、出産手当金、雇用保険 (上記該当に○印) 受給期間 年 月 日 ~ 年 月 日まで	日額 円	3 加入していたが期間不足のため受給できない			
	7 その他( )	円	4 加入していたので給付制限後に受給予定である			
合 計	円	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	年 月 日	退職金 無・有(金額 円)	離職事由	
勤務年数	年 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
				はい・いいえ
				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)

## 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)

## 5 資格確認書の発行依頼(発行を希望しない場合は記入不要)

該当の□にチェックを記入してください。 ※マイナンバーカードの保険証利用登録がされていると、資格確認書は発行されません。

- マイナンバーカードを取得していない・返納した・紛失したので資格確認書の発行を依頼します。
- マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録をしていない・利用登録解除を申請したため資格確認書の発行を依頼します。

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健給付の戻入が生じた場合は全額返還します。

年 月 日

組合員名

(自著のときは押印省略可)

㊞