

被扶養者認定に関する確認書

私は、被扶養者_____の認定申請にあたり以下の事項を確認し、1については承諾した上で、2の場合は認定対象者が自署を、3の場合は該当する項目に□に✓を付して、申請します。

1 確認事項	
①	現在の収入は以下のとおりです。(該当する全ての□に✓してください) <input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 公的年金 <input type="checkbox"/> 個人年金(数年にわたり分割受給のもの) <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 不動産収入 <input type="checkbox"/> 雇用保険給付金 <input type="checkbox"/> 保険金収入(出産手当金・傷病手当金) <input type="checkbox"/> 投資収入 <input type="checkbox"/> 利子収入 <input type="checkbox"/> 被保険者以外からの収入 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 無収入(学生を除いて、現在収入が無い方は下記の理由□に✓してください) ⇒ <input type="checkbox"/> 就職活動中 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 受験勉強中 <input type="checkbox"/> その他()
②	年間収入基準を超えてしまった場合は、超えた日(給与の支払日等)を不該当日とした「被扶養者異動届」を提出し、扶養から削除します。
③	年間で収入基準を超えない場合でも、3ヶ月連続して月額収入の基準を超えた場合は、4ヶ月目の1日を不該当日とした「被扶養者異動届」を提出し、扶養から削除します。
④	収入増や他の健康保険の資格を得たこと等により、被扶養者でなくなった日以降に要した費用(医療費・療養費・特定健診費用・各種補助金等)があった場合は、返還いたします。
2 労働契約内容により年間収入が見込める認定対象者(被扶養者)の場合	
被扶養者である認定対象者の 私、(氏名)_____ (認定対象者が氏名部分を自署してください。)は、収入が給与収入のみであることを申し立てます。	
3 離職により被扶養者の認定を申請する場合	
雇用保険の受給状況について、以下の項目に当てはまる□に✓してください。	
<input type="checkbox"/>	雇用保険の失業給付の受給申請中です。給付制限期間中は、扶養認定していただくようお願いいたします。なお、給付制限期間後の基本手当受給の際には、受給開始日をもって被扶養者から削除する旨の届出を速やかに行います。
<input type="checkbox"/>	雇用保険の失業給付を受給しますが、基本日額が3,612円未満(配偶者を除く19歳以上23歳未満は4,167円未満、60歳以上の場合は5,000円未満)のため扶養認定していただくようお願いいたします。
<input type="checkbox"/>	雇用保険に加入していませんでした。または、雇用保険の失業給付は受給しません。
<input type="checkbox"/>	雇用保険の失業給付を受給延長します。受給延長中は、扶養認定していただくようお願いいたします。なお、失業給付の受給開始時期になりましたら、速やかに被扶養者から削除する旨の届出を行います。
<input type="checkbox"/>	雇用保険の失業給付の受給申請中で、かつ教育訓練等を受けます。基本手当受給の際には、受給開始日をもって被扶養者から削除する旨の届出を速やかに行います。

兵庫県建築健康保険組合理事長 殿

年 月 日

健康保険の記号_____ 番号_____

被保険者(氏名)_____

《収入基準》

認定対象者	年間収入	月額収入 (年間収入の12分の1)	日額収入 (年間収入の360分の1)
60歳未満の者	1,300,000円未満	108,334円未満	3,612円未満
※19歳以上23歳未満の者(配偶者を除く)	1,500,000円未満	125,000円未満	4,167円未満
60歳以上の者(又は概ね障害厚生年金の受給要件に該当する程度の障害者)	1,800,000円未満	150,000円未満	5,000円未満

※19歳以上23歳未満は、その年の12月31日現在の年齢で判断