被扶養者届に関する確認表

退職（離職）理由により被扶養者届を提出される方は次の事項について回答願います。

1.　退職の理由は次のうちどれに該当しますか。（該当を〇で囲んで下さい。）

①自己の都合による退職　②会社の都合による離職　③会社の倒産による失職　④その他

2.　退職された方は雇用（失業）保険を受給しますか。（該当を〇で囲んで下さい。）

①受給する　→　「同意書」を提出

②受給しない（②と回答された方は**3.4.**の事項について回答は不要です。）

↓（該当するものを〇で囲んで下さい）

1.失業保険を受給する権利はあるが受給しない

添付書類　→「申出書兼同意書※」及び「離職票-1.2」（写）

2.雇用保険に未加入であった

添付書類　→「退職証明書」及び「給与明細書」（写）または雇用保険未加入であったことが記載されている「退職証明書」

3.雇用保険の加入期間が不足

添付書類　→「申出書兼同意書※」及び「雇用保険資格喪失確認通知書」または取得日の記載されている「退職証明書」

※用紙は当組合ホームページにありますのでダウンロードしてください。

3.　妊娠・病気の理由で雇用（失業）保険の受給延長をされますか。（該当を〇で囲んで下さい。）

①受給延長する　（妊娠のため）（育児のため）子供の生年月日（　年　月　日）

（病気療養のため）

②受給延長しない

4.　管轄のハローワークで雇用（失業）保険の申込みをされる予定日をお知らせ下さい。

（受給のための申込み日）

令和　年　月　日　申込み予定

5.　退職された方の健康保険の資格関係について次の事項をお知らせ下さい。

①加入されていた健康保険（就業時）

ア.　全国健康保険協会（　　）支部

イ.　（　　）健康保険組合

ウ.　（　　）共済組合

エ.　（　　市区町村）国民健康保険

②加入されていた健康保険の記号・番号（就業時）

記号＿＿＿＿＿＿＿＿　番号＿＿＿＿＿＿＿＿

③加入期間（就業時）

資格取得日　昭和・平成・令和　年　月　日

資格喪失日（退職日の翌日）　平成・令和　年　月　日

④現在の保険

ア. 国民健康保険　イ.任意継続保険　ウ.無保険　エ.その他（　　）

この用紙はＡ3サイズにコピーまたは印刷してご使用ください

6.　出産の予定がある場合は、次の事項についてお知らせ下さい。

（出産手当金の受給権があり、就業時の標準報酬月額が170千円以上の場合、受給期間中は認定できません）

①　令和　年　月　日　出産予定

②　出産される予定の子供の数は、　ア.単児　イ.多児

7.　病気により退職された場合は、次の事項についてお知らせ下さい。

①病気のより仕事ができない状態になられたのはいつ頃からですか。

平成・令和　年　月　日　頃から

②上記①の状態になられた時に加入されていた健康保険より傷病手当金の給付を受けていますか。

（日額3,612円（60才以上は5,000円）以上の場合は、受給期間中は認定できません）

ア.　受けている　イ.受けていない

③現在、診療を受けている医師の意見では、働くことができる状態になるのはいつ頃と聞いていますか。

令和　年　月　日　頃から

8.　各種年金を受給中及び受給予定の場合は次の事項についてお知らせ下さい。

①年金の種類　（　　）

年金額　年間　円

受給開始　平成・令和　年　月から

※直近の「年金支払い通知書」（写）若しくは「金額改定通知書」（写）を添付してください。

受給手続き終了後、上記書類が手元にない場合は、年金事務所で「年金見込額照会回答票」を請求してください。

②年金受給年齢にもかかわらず「無」の場合は、その理由をご記入ください。

（　　）

9.　現在、扶養控除の対象ですか。　）⇐いいえの場合は必ずご記入ください。

はい　いいえ（理由

※対象者の場合は、扶養控除移動申告書（写）を添付してください。

扶養控除対象者でない場合は、退職時に交付された「給与所得の源泉徴収票」（写）または「退職証明書」を提出してください。

以上のとおり相違ありません。　令和　年　月　日

被保険者証の記号番号　**記号**＿＿＿＿＿＿　**番号**＿＿＿＿＿＿

届出される被扶養者の氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被保険者の氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※ご不明な点等がありましたら、組合までご連絡お願いいたします。

※状況により、追加書類の提出を求めることがあります。