

扶養状況届（子の出生のとき）

被保険者証の 記 号・番 号	—	被保険者 氏 名	認定対象者 (子)の氏名
-------------------	---	-------------	-----------------

■本書は、原本を被扶養者異動届に添付して提出してください。

■太枠内の該当する部分に、チェック（✓または○）および必要事項をご記入ください。

1. 扶養申請理由

被扶養者として認定されるには、調査対象者の年間収入額が認定基準を満たしていることは勿論のことですが、被保険者により生計を維持されている（主に被保険者の収入により生活している）、また、今後もその状況が継続することが認定の要件として必要となります。

(1) 今回、扶養申請を行う理由について記入してください。

<input type="checkbox"/> 配偶者は私(被保険者)の被扶養者であり扶養能力がないため、私の収入で生まれた子を扶養する
<input type="checkbox"/> 今後1年間の収入は、私(被保険者)の方が多くなる見込みのため、主に私の収入で生まれた子を扶養する
<input type="checkbox"/> 私(被保険者)と配偶者の今後1年間の収入は同程度の見込みであるが、主に私の収入で生まれた子を扶養する
<input type="checkbox"/> 今後1年間の収入は配偶者の方が多い見込みであるが、その差額は、配偶者の収入見込額の1割以内であることから、主に私(被保険者)の収入で生まれた子を扶養する

2. 被保険者と認定対象者の世帯状況について

(1) 同居・別居区分について記入してください。 ※被保険者の会社都合による単身赴任は、同居として取り扱います。

<input type="checkbox"/> 被保険者と同居している	<input type="checkbox"/> 被保険者と別居している	<input type="checkbox"/> 里帰り出産に伴う一時的な別居
		<input type="checkbox"/> その他（理由： ）

(2) (1)で「被保険者と別居している」ときの理由が、「その他」の場合は仕送り状況等について記入してください。

1か月当たりの仕送り額	円	年間仕送り総額	円
-------------	---	---------	---

3. 被保険者の配偶者について

(1) 「被保険者の配偶者」が、現在加入している医療保険について記入してください。

「中国電力健康保険組合の被扶養者」のときは、項番「3」の(2)および(3)、項番「4」については、記入不要です。

<input type="checkbox"/> 中国電力健康保険組合の被扶養者	<input type="checkbox"/> 共済組合（名称： ）
<input type="checkbox"/> 中国電力健康保険組合の被保険者	<input type="checkbox"/> 他の健康保険組合（名称： ）
<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会（協会けんぽ）	<input type="checkbox"/> 国民健康保険組合（名称： ）
<input type="checkbox"/> 国民健康保険	<input type="checkbox"/> その他（名称： ）

(2) 「被保険者の配偶者」の休業等の予定について記入してください。

① 産前産後休業期間(女性のみ)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
② 育児休業期間(予定)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
③ 退職(予定)	令和 年 月 日	

(3) 「被保険者の配偶者」の収入状況について記入してください。

	異動日前年(1～12月)の収入実績	異動日以降1年間の収入見込
① 給与(パート・アルバイト含む)・賞与・諸手当	円	円
② 非課税交通費	円	円
③ 事業収入(直接的必要経費等を控除した金額)	円	円
④ 出産手当金(産休が無給のときに医療保険等から支給)	円	円
⑤ 育児休業給付金	円	円
⑥ その他()	円	円
合 計 金 額	円	円

4. 被保険者について

(1) 「被保険者」の休業等の予定について記入してください。

① 産前産後休業期間(女性のみ)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
② 育児休業期間(予定)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間

(2) 「被保険者」の収入状況について記入してください。

	異動日前年(1～12月)の収入実績	異動日以降1年間の収入見込
① 給与(パート・アルバイト含む)・賞与・諸手当	円	円
② 非課税交通費	円	円
③ 事業収入(直接的必要経費等を控除した金額)	円	円
④ 出産手当金(産休が無給のときに医療保険等から支給)	円	円
⑤ 育児休業給付金	円	円
⑥ その他()	円	円
合 計 金 額	円	円

5. 特記事項（項番「1」～「4」までの内容で補足・特記すべきことがあれば記入してください。）

6. 誓 約

今回、本書に記載した届出内容は、事実と相違ありません。
なお、今回の届出内容が、事実と相違した場合には、中国電力健康保険組合の被扶養者認定事務取扱要則に基づき、適用の日(認定された日)に遡って認定の取消しを行うとともに、保険給付費等の返還について中国電力健康保険組合の意向に従います。
また、今後、配偶者の収入増加や扶養実態の変化等により、被扶養者の認定基準を満たさなくなった場合は、速やかに被扶養者資格の喪失手続きを行います。

(注)被保険者が署名できないときは押印が必要です。

令和 年 月 日
被保険者（署名）

【個人情報に関して】

- 中国電力健康保険組合 個人情報保護ポリシー(基本方針)に則り、取り組みを推進しています。
- 次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。
- 1. 法令に基づく場合
- 2. 人の生命、身分または財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 3. 公衆衛生の向上または児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 4. 国の機関もしくは地方公共団体またはその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の 同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼす恐れがあるとき

事業主	事実と相違ないことを証明します。		健保受付印
	主 管	各 長 担 当	