

健康保険特例退職被扶養者届出内容確認書

被保険者 <氏名> : _____ (印)

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(1) 申請する被扶養者 (全員)						
氏名/性別	(男・女)		(男・女)		(男・女)	
生年月日	[昭和・平成・令和] 年 月 日	[昭和・平成・令和] 年 月 日	[昭和・平成・令和] 年 月 日	[昭和・平成・令和] 年 月 日	[昭和・平成・令和] 年 月 日	[昭和・平成・令和] 年 月 日
続柄/同・別居区分	[同居・別居]		[同居・別居]		[同居・別居]	
(2) 申請事由 (その他は詳しく記入)						
出生の為	年 月 日 出生		年 月 日 出生		年 月 日 出生	
婚姻の為	年 月 日 婚姻		年 月 日 婚姻		年 月 日 婚姻	
その他	[無収入のため・収入が少ないため ・18歳未満で未収入のため・その他]		[無収入のため・収入が少ないため ・18歳未満で未収入のため・その他]		[無収入のため・収入が少ないため ・18歳未満で未収入のため・その他]	
	<その他は具体的に>		<その他は具体的に>		<その他は具体的に>	
(3) これまで加入していた健康保険 (被扶養者だった場合は※についてもご記入下さい) 日揮健康保険組合の場合は※個所記入不要						
種類 (注)	組合・国保・協会けんぽ・共済・その他		組合・国保・協会けんぽ・共済・その他		組合・国保・協会けんぽ・共済・その他	
名称	日揮健保・		日揮健保・		日揮健保・	
※ 被保険者氏名						
※ 続柄						
※ 住所						
(4) 収入について (収入ありの場合は ①～④ についてご記入下さい)						
届出前の収入	あり 自: 年 月 日 至: 年 月 日		あり 自: 年 月 日 至: 年 月 日		あり 自: 年 月 日 至: 年 月 日	
	なし		なし		なし	
届出時の収入	あり 自: 年 月 日 至: 年 月 日		あり 自: 年 月 日 至: 年 月 日		あり 自: 年 月 日 至: 年 月 日	
	なし		なし		なし	
① 給与の収入 (過去1年以内に退職された方もご記入下さい。アルバイト、パートも含む)						
勤務先名						
年収	円		円		円	
② 雇用 (失業) 保険 [受給中・受給終了・申請中 ・延長中・受給なし・受給予定]						
離職日	年 月 日		年 月 日		年 月 日	
受給期間満了日	年 月 日		年 月 日		年 月 日	
受給開始日	年 月 日		年 月 日		年 月 日	
受給終了日	年 月 日		年 月 日		年 月 日	
所定給付日数	日		日		日	
日額	円		円		円	
受給なしの理由						
③ 年金の収入						
	年金の種類	年 収	年金の種類	年 収	年金の種類	年 収
60歳以上で年金を受給していない場合に記入	受給予定年齢	歳	受給予定年齢	歳	受給予定年齢	歳
④ その他の収入						
	種 類	年 収	種 類	年 収	種 類	年 収
(5) 添付書類を提出できない理由						

(注) 協会けんぽ：全国健康保険協会管掌健康保険 (旧政府管掌健康保険)