

# 照会書（16歳以上の子申請用）

認定対象被扶養者について	被扶養者氏名	続柄	年齢	歳	
	最終学歴	学校名	期間	年 月 日	
			<input type="checkbox"/> 在学中 <input type="checkbox"/> 卒業	平成 令和	年 月 日 ~ 平成 令和
	最終勤務歴	会社名称	期間	年 月 日	
			<input type="checkbox"/> 在職中 <input type="checkbox"/> 退職	平成 令和	年 月 日 ~ 平成 令和
	退職理由	雇用保険	※1年以内に退職された方は、退職前月および前々月の「給与明細書」(写)を添付してください。		
	<input type="checkbox"/> 1. 自己都合 <input type="checkbox"/> 2. 会社都合(倒産、解雇等) <input type="checkbox"/> 3. その他 ( )	<input type="checkbox"/> 1. 受給終了 <input type="checkbox"/> 2. 手続き中 <input type="checkbox"/> 3. 加入期間不足のため受給権なし <input type="checkbox"/> 4. 雇用保険非加入のため受給権なし <input type="checkbox"/> 5. 受給しません	※1および2に該当する場合「雇用保険受給資格者証」(両面の写)を添付してください。		
現在の生活状況		今まで加入していた健康保険	<input type="checkbox"/> 1. 組合健康保険 <input type="checkbox"/> 2. 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 3. 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 4. その他 ( )		
パート・アルバイト	<input type="checkbox"/> 1. 現在、勤務しています。 <input type="checkbox"/> 2. 今後、勤務先が見つかり次第、働く予定です。 <input type="checkbox"/> 3. しばらく働く予定はありません。(理由: ) <input type="checkbox"/> 4. 働く予定はまったくありません。			※1に該当する場合「就業証明書」を添付してください。	
給与以外の収入	<input type="checkbox"/> 1. あります <input type="checkbox"/> a. 年金収入 : 円 <input type="checkbox"/> b. 不動産収入 : 円 <input type="checkbox"/> c. 自営収入 : 円 <input type="checkbox"/> d. 健康保険傷病手当金・出産手当金 : 円 <input type="checkbox"/> e. その他 ( ) <input type="checkbox"/> 2. ありません			※該当する収入について、下記の書類を提出してください。 a. 受給しているすべての「年金振込通知書」(写) bおよびc. 「確定申告書」一式(写) d. 「支給決定通知書」(写)	

ニチアス健康保険組合 理事長 殿

上記に相違ありません。  
健康保険の被扶養者について届出いたします。

---

被保険者氏名

住所

日中の連絡先(電話番号)

令和 年 月 日提出

受付日付印