

照会書（配偶者申請用）

認定対象被扶養者について	被扶養者氏名	婚姻日 (婚姻による申請の場合)			令和	年	月	日
	就労状況	<input type="checkbox"/> 1. 離職(1年以内) <input type="checkbox"/> 2. 離職(1年以上前) <input type="checkbox"/> 3. パート・アルバイト就労中 <input type="checkbox"/> 4. 自営業	※添付書類 1 ... 退職前月の給与明細(写) 2 ... 添付書類なし 3 ... 就業証明書 4 ... 直近の確定申告書一式(写)					
		離職日(1年以内に離職した方) 令和	年	月	日	雇用保険(1年以内に離職した方) <input type="checkbox"/> 1. 受給終了 <input type="checkbox"/> 2. 受給手続き中 <input type="checkbox"/> 3. 受給権なし(加入期間不足) <input type="checkbox"/> 4. 雇用保険非加入 <input type="checkbox"/> 5. 受給しません		
現在の生活状況	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()							
給与以外の収入	<input type="checkbox"/> 1. あります				※添付書類			
	<input type="checkbox"/> a. 年金収入 : 円 <input type="checkbox"/> b. 不動産収入 : 円 <input type="checkbox"/> c. 配当収入 : 円 <input type="checkbox"/> d. 傷病手当金・出産手当金 : 円 <input type="checkbox"/> e. その他(): 円				a ... 直近の年金振込通知書(写) b、c ... 直近の確定申告書一式(写) d ... 支給決定通知書(写)			
<input type="checkbox"/> 2. ありません								

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。

令和 年 月 日提出

被保険者氏名

日中の連絡先
(電話番号)

受付日付印