申請日　　年　　月　　日(注1)

健康保険被扶養者認定申請書

北海道電力健康保険組合理事長 殿

被扶養者について、下記の申請のとおり相違ありません。
なお、将来において扶養しなくなった場合は、速やかに申し出ることを誓約いたします。

申請者	所　属	
	氏　名	
	被保険者番号	

1. 被扶養者として申請する者　　*旧姓は添付書類の氏名が旧姓で交付されている場合のみ記入

氏　名　　(旧姓)

続　柄　　年齢　　歳

2. 申請日(注1)現在の被扶養者の収入について(該当項目に○をつける)

(1) 収入なし

(2) 収入あり(給与[ﾊﾟｰﾄ含む]・ 公的年金[障害・遺族含む]・ 個人年金 ・事業収入 ・ 不動産収入 ・ 一時所得 他)

・収入の種類 (　　)

・収入金額(1月～12月)(年額　　円)(月額　　円)　*交通費を含めて記入

3. 申請日(注1)現在から過去1年間の職歴(短期アルバイト・パート含む)について(該当項目に○をつける)

(1) 職歴なし

(2) 職歴あり　*記入時以前1年間で勤務箇所が複数ある場合はすべて記入。①⇒②⇒③は旧⇒新の順番で記入。

勤務先	①	②	③
入社年月日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
退職年月日	年　月　日	年　月　日	年　月　日

4. 申請日(注1)現在の健康保険について(該当項目に○をつける)

(※異動年月日より前に提出する場合は、異動年月日時点での健康保険についてご記入ください)

(1) 加入している

①	任意継続	種類	ア. 共済組合　イ. 協会けんぽ　ウ. 組合健康保険	
		保険料	年　月分まで支払済み	資格喪失日　年　月　日
②	国民健康保険		加入市区町村名	
③	被扶養者		どなたの扶養ですか？	氏名　続柄

(2) 加入していない

資格喪失日　年　月　日　*退職による資格喪失は退職日の翌日

5. 雇用保険の基本手当について(該当項目に○をつける)

(1) 受給予定(手続き前・給付制限期間中)

受給開始予定日　年　月　日　(基本日額　円 ／ 給付日数　日)

(2) 受給放棄

(3) 出産等により延長(手続き予定・手続き中)

(4) 受給資格なし(雇用保険未加入・加入月数不足 等)

(5) 受給中(基本日額 3,611円以下)

(6) 受給終了

(7) その他(　　)

注1)申請日は、健康保険被扶養者異動届(増加)の異動年月日以前に提出する場合については異動年月日、
異動年月日以降に提出する場合については記入する日をご記入ください。

添付書類の詳細は健保組合HPにてご確認ください。