申請日　　年　　月　　日

大和証券グループ健康保険組合　宛

「事業主の証明による被扶養者認定の円滑化」に関する申立書

申請者は、続柄＿＿＿＿の＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿を、令和5年9月29日　厚生労働省保険局保健課長通知、「年収の壁・支援強化パッケージ」で事業主の証明による被保険者認定の円滑化に定められた制度（以下本制度）を利用し被扶養者として申請します。

申請者氏名（被保険者）	（ふりがな） 印

健康保険被保険者	
記号　　—	番号

申請対象者氏名（被扶養者）	（ふりがな）

続柄	居住状況
	同居　別居

直近1年間の収入の状況　申請月の前月から12か月分（就業1年未満の場合は就業月から）を記載してください。

① 雇用契約等において事業主との間で条件が取り決められている恒常的な収入

② 一時的に増加した収入金額

③ ②の収入増加が生じた要因（複数選択可）

☐ 繁忙等による時間外手当の増加や臨時的な手当等の発生

☐ 申請対象者が勤務する事業所において他の従業員が休職・退職したこと等による業務量の増加

☐ 申請対象者が勤務する事業所において受注好調等による業務量の増加

☐ 突発的な大口案件等の発生による

☐ その他、一時的な収入増加となった具体的な要因

（　　）

	月	月	月	月	月	月
①						
②						
月計						

（単位:円）

	月	月	月	月	月	月	12か月計
①							
②							
月計							

本制度の申請にあたり以下の内容を確認しました。

☐ 本制度により認定された被扶養者資格の効力は発生から1年間（応答日の前日）です。
有効期限の**前月末まで**に以下①あるいは②による資格継続の申出がない場合は有効期限をもって被扶養者資格は失効します。
① 本制度による資格継続を希望される場合、今回と同じ本制度利用による扶養者認定の申出を行ってください。
※特例適用は2回（当初申請時と再申請時の）までです、3回目の「一時的な収入による特例認定」は行われません。
② 本制度によらない資格継続を希望される場合、通常の扶養者認定の申出を行ってください。

☐ 有効な保険証・資格確認書をお持ちの場合は速やかに返却する必要があります。

☐ 本申立書に記載した収入額等の金額を確認するため、別途給与明細書等の資料提出が必要になる場合があります。