共働き配偶者の状況申告書

この申告書は、あなたの家族の被扶養者申請にあたって、あなたの配偶者が共働きであり、自身で社会保険(ブリヂストン健康保険組合の被保険者(本人)、○○健康保険組合、○○共済組合、協会けんぽ○○支部、国民健康保険など)に被保険者として加入している場合のみご提出ください。提出にあたっては以下3点にご留意ください。

・1年以内に、この申告書を当健康保険組合宛に提出している場合は、一部の書類が免除されることがありますので事業所の社会保険担当者までご相談ください。
　また、この申告書を提出した後、1年以内に、配偶者の退職・廃業などにより被扶養者として申請する際にも、この申告書に添付した所得証明書などを流用できる場合がありますので同様にご相談ください。

・この申告書および添付書類について、事業所の確認を受けたくない場合は、封筒などに入れ、糊付け(封かん)して被扶養者[増]申請書と一緒に事業所の社会保険担当部署にご提出ください。

・この申告書を家族の被扶養者[増]申請書と一緒に提出してください。ただし、この申告書に配偶者の収入を証明する書類を添付できない場合は、提出日より原則14日以内に、当健康保険組合に到着するようにご提出ください。
(期日までに提出が無い場合は認定を取り消す場合がございます。)

提出日:　　年　　月　　日

被保険者 氏名		連絡が取れる 電話番号*	

*申告書の内容について確認が必要となった場合に、健康保険組合よりお問い合わせさせていただくことがあります。

1.共働きである配偶者の基本情報

フリガナ			
配偶者 氏名			
加入している社会保険	・ブリヂストン健康保険組合	記号:	番号:
	・その他の社会保険	名称:	

配偶者がブリヂストン健康保険組合の被保険者の場合、以下は記入不要です。このまま提出ください。

2.共働きである配偶者の収入状況・添付書類

①【必須】配偶者の所得証明書(原本)を添付ください。

②該当する収入について金額を記入し、それぞれの収入を証明する書類を添付してください。

収入の種類	金額 *該当がない項目は、0(ゼロ)を必ずご記入ください。		添付書類
給与収入(総支給額、非課税通勤費込)	月額	円	直近の給与明細3か月分(写)
	賞与額(年額)	円	
年金 (厚生・国民・障害・遺族・共済・企業、他)	年額	円	年金振込通知書(写)等、年金決定通知書(写)など、今後1年間の給付金額がわかる書類
事業等収入 (自営業・農業・不動産、他)	年額	円	確定申告書(第一表、第二表)+収支内訳書など金額がわかる書類(写)
その他収入 (　　)	月額・年額	円	事業所の社会保険担当へお問い合わせ下さい
失業給付(雇用保険)	日額	円	雇用保険受給者証の1面と裏面(写)
育児休業給付金、傷病手当金など	日額	円	給付金の決定通知書など金額がわかる書類(写)
育児休業中・傷病休職中の場合はその期間(今後の予定含む)	年　月　日 ～　年　月　日見込		

健保組合使用欄	被保険者	配偶者	判　定:　可　・　不可 (備考)