

見本 被扶養(申請)者現況届

(18歳以上の方を申請する場合に必ず添付して下さい)

※申請する家族1人につき1枚作成してください。この届に記入された内容は、当健康保険組合の被扶養者認定以外の目的には使用致しませんので、正確にご記入ください。

〈誓約書〉 今回被扶養者として申請する内容に虚偽がない事を申告致します。 申告内容に相違があった場合、被扶養者認定日に遡って被扶養者資格を 削除するとともに、医療費・保険給付等全額返納致します。	被保険者(本人) 氏名 健保 太郎
認定対象者 氏名 健保 花子	続柄 妻 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別)

① 世帯の概要(申請者以外を全員記入) ※申請者が複数の場合は世帯概要は1枚の記入のみで可

氏名	年齢	続柄	職業	勤務先	月収	現在扶養の有無	世帯
健保 五郎	19	長男	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	なし	0 円	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居

② 生計維持について

被保険者は、被扶養申請者の生計費をどの程度負担していますか
 25%未満 25%以上50%未満 50%以上75%未満 75%以上

③ 被扶養申請者の現在の状況

現在の状況	<input type="checkbox"/> 1年以内退職	今までの勤務先	期間	入社	～	退職
		離職票	<input type="checkbox"/> 手元にある <input type="checkbox"/> ハローワークに提出済み <input type="checkbox"/> 交付まち <input type="checkbox"/> 交付なし			
		雇用保険の状況	<input type="checkbox"/> 受給申請予定 <input type="checkbox"/> 受給中 (基本手当日額: 円) <input type="checkbox"/> 受給延長 (申請予定日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 受給資格なし (理由:) <input type="checkbox"/> 受給資格はあるが申請しない (理由:) <input type="checkbox"/> 受給終了 (受給終了日: 年 月 日)			
	<input type="checkbox"/> 1年以上無職	<input type="checkbox"/> 無収入 <input type="checkbox"/> 受給終了 (年 月 日受給終了) (2年以内に出産手当金・傷病手当金等給付金を受給終了の場合)				
	<input checked="" type="checkbox"/> 就職中 (アルバイト・パート含む)	年間収入 (非課税交通費含む)	[a]	1,020,000	円	勤務先
<input type="checkbox"/> 自営業	年間収入 (必要経費を差し引く前の総収入)	[b]		円	廃業日	平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> その他				円	年間収入	[c]
収入の状況	年金・恩給	<input type="checkbox"/> ある (年額[d] 円) 種類: <input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害者年金 <input type="checkbox"/> 企業年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> その他の年金・恩給等 () <input checked="" type="checkbox"/> ない 理由: <input type="checkbox"/> 受給年齢未達 <input type="checkbox"/> 加入期間不足 <input type="checkbox"/> 亡き配偶者が自営業 <input type="checkbox"/> 農業者 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	社会保険給付等	<input type="checkbox"/> ある 受給日額 (円) 年額 ([e] 円) = 日額 × 30日 × 12ヵ月 種類: <input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> 労災保険の休業補償 <input type="checkbox"/> その他 () <input checked="" type="checkbox"/> なし				
	その他の収入	<input type="checkbox"/> ある (年額[f] 円) 種類: <input type="checkbox"/> 不動産収入(家賃・地代等) <input type="checkbox"/> 投資収入(株式配当等) <input type="checkbox"/> 利子収入 <input type="checkbox"/> その他 () <input checked="" type="checkbox"/> なし				
	被扶養申請者の 年間総収入金額	[a] + [b] + [c] + [d] + [e] + [f] = 1,020,000 円 ※収入証明の書類を添付				

④ 認定対象者別居の場合の申請について(単身赴任による場合は記入不要)

別居の方	◆認定対象者と同居し、収入のある方について記入してください。				
	氏名	年齢	続柄	職業	収入
					円
					円
◆認定対象者への生計援助費(仕送り)について					
毎月の仕送り額	毎月	円仕送りしている			
※必ず送金の確認できるもの(振込明細・双方の預金通帳のコピー等)を添付して下さい。手渡しは認められません。					

◇個人情報の取り扱いについては、公表の「個人情報保護基本方針(プライバシーポリシー)」に則り、利用目的の範囲内で取り扱います。(2023.10)