

健康保険被扶養者現況届

この現況届は、16歳以上および一部の15歳以下のご家族(※)を被扶養者認定申請する際に、1人につき1枚ご提出ください。
 なお、事実と相違した記載をして認定を受けた場合は、被扶養者の資格が取り消されますので、正確に記入してください。
 (※一部15歳以下のご家族・・・申請対象者の両親がそれぞれ別の健康保険の被保険者であるとき等。)

【被扶養者として申請する方】

氏名	性別	生年月日	年齢	続柄	同居・別居の別	年間収入
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日		<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	円

※被保険者自身の親、あるいは同居が認定条件となる方(配偶者の子、親など)を被扶養者認定対象者とする場合は
世帯全体の記載のある住民票(マイナンバーの記載のないもの)の添付が必要です。

(マイナンバーの記載がある場合は抹消願います。)

1. 申請対象者を扶養するに至った事由と現況を詳しくご記入ください ※就労状況、生活状況等、必ずご記入ください。

2. 申請対象者が現在加入している健康保険について 該当する箇所の□にレ点をつけ必要事項をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	1 社会保険	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 (組合名: _____)	<input type="checkbox"/>	船員保険
<input type="checkbox"/>	2 国民健康保険	(市町村名: _____)		
<input type="checkbox"/>	3 共済組合	(共済組合名: _____)		
<input type="checkbox"/>	4 健康保険未加入	(令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 より未加入)		

※ なお、保険未加入の方につきましては、出生、被保険者の新規入庫の場合を除き、被扶養者認定日
 (当組合に届出が届き、扶養の事実が確認できた日)までは、健康保険は無資格となります。

3. 申請対象者の収入状況について 該当する箇所の□にレ点をつけ必要事項をご記入ください。

(複数該当する場合は、その全ての項目にレ点を入れてください。)

退職した方

退職日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	雇用保険の受給	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> 終了 (令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日)	添付書類	退職証明書又は離職票の原本 雇用保険受給者証の写※
-----	----------------------------	---------	---	--	------	------------------------------

※雇用保険受給が終了した方(離職日記載箇所と受給終了が確認できる箇所を添付)

出産された、または 出産(予定)がある方	出産(予定)日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	前に加入していた健康保険より出産手当金の支給	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり	出産手当金受給期間 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	体調不良により退職された方	前に加入していた健康保険より傷病手当金の支給	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり	

収入のある方

収入の種類	収入額(年額)	添付書類
1. 給与・事業収入	円	給与:源泉徴収票あるいは直近3ヶ月分の給与明細 個人事業:①確定申告書の写 ②損益計算書の写
2. パート・アルバイト	円	源泉徴収票あるいは直近3ヶ月分の給与明細
3. 年金・恩給・企業年金等 年金の種別 _____	円	年金裁定通知書または年金支払通知書等、受給額がわかるもの
_____	円	※年金の種別
_____	円	国民年金基金、厚生老齢年金、国民・厚生遺族年金 等
4. 利子・配当等	円	確定申告書等収入が当組合にて客観的に確認できる書類。
5. その他の収入	円	確定申告書等収入が当組合にて客観的に確認できる書類。

※ 裏面もご記入ください。

無職・無収入の方 添付書類・・・課税(非課税)証明書

(学生の場合)

学生証(写)あるいは在学の事実が確認できる書類

(前年度収入がある場合)

健康保険資格喪失証明書等、当年度収入がなくなったことが当組合にて客観的に確認できる書類。

4. 同居家族の生計援助について 該当する場合は□にレ点をつけ、必要事項をご記入ください。

申請対象者について、被保険者以外から生計援助がある場合

援助者名	扶養申請者との関係	月額	円	年額	円
------	-----------	----	---	----	---

被保険者以外に、申請対象者に対して生計の援助がある場合は、その者と被保険者の収入が確認できるもの(前年度の源泉徴収票あるいは直近3ヶ月の給与明細など)を添付願います。

5. 別居家族の生計援助について 該当する場合は□にレ点をつけ、必要事項をご記入ください。

別居をしている方

援助方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込	<input type="checkbox"/> 現金書留	月額	円	年額	円
------	-------------------------------	-------------------------------	----	---	----	---

※添付書類・・・銀行振り込通知書・現金書留控え等、援助の事実が当組合にて客観的に確認できる書類(必須)。

上記の書類の添付がない場合は当組合の被扶養者として認定できません。

別居家族と同居されている方

同居者名	扶養申請者との関係	月額	円	年額	円
------	-----------	----	---	----	---

5. そのほか、特記事項がございましたらご記入ください。

上記のとおりで相違ありません。

作成日： 令和 年 月 日

被保険者 記号 - 番号	被保険者 氏名
-	

※ 健康保険の被扶養者認定についてご不明点がございましたら、当組合業務課 (tel:06-6942-7070)までお問い合わせください。