

# 被扶養者現況届

★出生の申請以外の場合は必ず提出してください

記入日: 年 月 日

|               |   |           |   |
|---------------|---|-----------|---|
| 被保険者証<br>記号番号 | — | 従業員<br>氏名 | Ⓜ |
|---------------|---|-----------|---|

Ⓜは認印で結構です。

## I. 被扶養者にしたい方について

|       |              |                   |
|-------|--------------|-------------------|
| 申請者   | 続柄           |                   |
| 生年月日  | 昭・平・令 年 月 日  | 年齢 歳              |
| 職業    | 無職・有職(勤務先: ) |                   |
| 被保険者と | 同居・別居        | 配偶者 有・無(未婚・離婚・死別) |

☆被保険者と別居の場合、『被扶養者現況届(別居)』も提出してください

## II. 申請理由について

① 申請の理由を記入してください

1結婚 2退職 3被保険者の入社

4その他 ( )

② 被扶養者にしたい方が退職した場合記入してください

|     |        |      |
|-----|--------|------|
| 退職日 | 年 月 日付 | 退職理由 |
|-----|--------|------|

|     |           |
|-----|-----------|
| 会社名 | <会社名>     |
|     | <TEL> ( ) |

|               |                                  |
|---------------|----------------------------------|
| ※1<br>離職票1, 2 | 1手元にある 2職安に提出した 3交付待ち 4交付なし(未加入) |
|---------------|----------------------------------|

|            |   |
|------------|---|
| ※2<br>失業給付 | 1 受給しない 2 受給終了 3 受給中<br>4 受給申請中(予定含む) 5 待期・給付制限期間中<br>6 受給延長を申請する [延長理由: 出産・その他( )] |
|------------|---|

|        |                              |
|--------|------------------------------|
| 労災休業補償 | 1受給しない 2受給終了 3受給中 4申請中(予定含む) |
|--------|------------------------------|

|       |                              |
|-------|------------------------------|
| 傷病手当金 | 1受給しない 2受給終了 3受給中 4申請中(予定含む) |
|-------|------------------------------|

|       |                              |
|-------|------------------------------|
| 出産手当金 | 1受給しない 2受給終了 3受給中 4申請中(予定含む) |
|-------|------------------------------|

|       |                      |
|-------|----------------------|
| 出産予定日 | 分娩日または分娩予定日 ( 年 月 日) |
|-------|----------------------|

③ 以前加入していた保険の種類

|       |                                  |
|-------|----------------------------------|
| 保険の種類 | 1国保 2健保組合 3協会けんぽ 4共済 5その他( ) 6なし |
|-------|----------------------------------|

|                |               |
|----------------|---------------|
| 上記の保険<br>の加入期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
|----------------|---------------|

|        |                        |
|--------|------------------------|
| 任意継続保険 | 1任意継続保険証を持っている 2持っていない |
|--------|------------------------|

④ 被扶養者にしたい方の医療助成について

|      |                      |
|------|----------------------|
| 医療助成 | 無・有 [1障害者医療 2その他( )] |
|------|----------------------|

## III. 被扶養者にしたい方の収入について

| 現在の状況  | 年間収入  |
|--|-------|
| ①無職、無収入  | 円     |
| ②会社・商店で働いている<br>1正規 2パート 3アルバイト 4その他( )  | 給与 円  |
|  | 賞与 円  |
| ③自営業等を営んでいる<br>1自営 2農業 3漁業 4その他( )   | 所得額 円 |
| ④年金・恩給 ※60歳以上の方は必ず記入のこと<br>・公的年金・恩給を受給している(国からの年金)<br>(老齢・障害・遺族・恩給などすべての収入を記入)<br>・私的年金(企業年金・個人年金など)<br>(老齢・障害・遺族・恩給などすべての収入を記入) | 円     |
|  | 円     |
| ⑤保険給付金を受給している<br>1雇用保険 2労災 3傷病手当金 4出産手当金   | 円     |
| ⑥その他の収入(所得)がある<br>1不動産収入 2利子配当収入 3その他( )   | 円     |
|  | 円     |
| 年間収入合計(収入を証明する書類を添付)   |       |

被扶養者にしたい方への生活費をあなたはどの程度負担していますか

|           |          |
|-----------|----------|
| 負担割合 ( )% | 負担額 ( )円 |
|-----------|----------|

【注】収入があるにも関わらず、記入漏れや虚偽の申請をした場合、さかのぼって扶養認定を外すとともに、扶養認定外であった期間に健保が負担した医療費等を請求させていただきます。

## IV. その他の家族構成 <本人と今回扶養にしたい人は除く>

| 続柄 | 氏名 | 年齢 | 同居・別居 | 職業(勤務先)、学生 | 年収 |
|----|----|----|-------|------------|----|
|    |    |    | 同居・別居 |            | 円  |
|    |    |    | 同居・別居 |            | 円  |
|    |    |    | 同居・別居 |            | 円  |
|    |    |    | 同居・別居 |            | 円  |
|    |    |    | 同居・別居 |            | 円  |
|    |    |    | 同居・別居 |            | 円  |
|    |    |    | 同居・別居 |            | 円  |

## 《 注 意 事 項 》

ア. 必ずボールペンで空欄のないようご記入ください。  
イ. 本紙は被扶養者にしたい方一人につき1枚です。被扶養者にしたい方が複数ある場合にも必ず一人につき1枚記入し提出してください。

ウ. I.、IV. の「続柄」については、「妻」、「父」、「義父」、「義母」、「祖母」などと詳しく記入してください。

エ. II. ②の※1「離職票1, 2」とは、失業給付に必要な書類のことで、「退社証明書」とは異なります。

オ. II. ②の※1「離職票1, 2」、※2「失業給付」に関して、下記の書類を提出してください。

| ※1<br>離職票1, 2 | ※2<br>失業給付 | 添付書類                     |
|---------------|------------|--------------------------|
| 1, 3に該当       | 1, 6に該当    | 離職票1, 2(原本)              |
| 2に該当          | 2~5に該当     | 雇用保険受給資格者証(写)裏表          |
| 4に該当          | -          | <雇用保険に未加入><br>直近の給与明細(写) |
|               | -          | <離職票2の交付なし><br>離職票1(写)   |

カ. III. ①~⑥では該当する項目に○を記入し、金額を「年間収入」の欄に記入してください。収入なしの場合も必ず「0円」と記入してください。

キ. その他不明な点はお問い合わせください。

【健康保険組合】 内線 615-452  
外線 (0564)62-9558