

# 被扶養者(認定対象者)現況届

被保険者証の記号・番号		被保険者氏名	認定対象者氏名	続柄	年齢	職業
記号	番号				歳	

被扶養者(認定対象者)の現況 ※該当するものすべてに○および☑をつけ、内容をご記入ください(複数回答可)

<b>①</b>	申請理由	(a) 被保険者の資格の取得のため [ 令和 年 月 日取得 ] (b) 被保険者と婚姻のため [ 令和 年 月 日入籍 ] (c) 退職のため [ 令和 年 月 日退職 ] (d) 収入が減少したため [ 令和 年 月 日より収入変更 ] (e) 失業保険等給付受給終了および延長のため [ 令和 年 月 日受給終了 / <input type="checkbox"/> 延長 ] (f) その他【具体的に記入: _____】					
<b>②</b>	認定対象者の現況について	加入している、または直近まで加入していた健康保険について					
		(a) 前または現勤務先の健康保険【 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 組合健保 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 任意継続 】					
		(b) 国民健康保険 (c) 船員保険 (d) 未加入 (d) その他( _____ )					
		申請時から向こう1年間の収入について ※「有」に○をされた方は右欄の詳細をご記入ください					
		給与収入	有・無	<input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> その他( _____ )		年 額	円
		年金収入	有・無	<input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 企業年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 個人年金 <input type="checkbox"/> その他年金( _____ ) ※ 受給年齢に達している方で未受給の方は理由を記入してください ( _____ )		年 額	円
		事業収入他	有・無	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 不動産 <input type="checkbox"/> 農業・商業・漁業・林業等 <input type="checkbox"/> 配当・利子 <input type="checkbox"/> その他収入( _____ )		年 額	円
雇用保険	有・無	<input type="checkbox"/> 受給資格なし <input type="checkbox"/> 受給終了 <input type="checkbox"/> 権利放棄 <input type="checkbox"/> 受給延長 <input type="checkbox"/> 受給中：日額 _____ 円 × _____ 日分		年 額	円		
給付金	有・無	<input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 出産 受給中：日額 _____ 円 × _____ 日分 <input type="checkbox"/> その他給付金( _____ )		年 額	円		
申請時から向こう1年間の収入の合計（課税・非課税・収入予定をすべて含む）					円		
<b>③</b>	該当する場合は記入	別居している場合					
		別居している理由	<input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 施設入所等 <input type="checkbox"/> その他( _____ )				
		対象者と同居している人	<input type="checkbox"/> いる【 _____ 人・認定対象者との続柄 _____ 】 <input type="checkbox"/> いない				
		別居先の家屋	<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家(家賃 _____ 万円/月) <input type="checkbox"/> その他( _____ )				
		送金状況について	<input type="checkbox"/> 銀行/郵便振込 <input type="checkbox"/> 現金書留 【月額 _____ 円】				
		配偶者・子以外を申請する場合、認定対象者の家族構成(同居者を問わず収入のある家族(配偶者・兄弟・姉妹等)について)ご記入ください					
氏 名	続 柄	職 業	年 収	居住状況			
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			

上記のとおり相違ないことを証明いたします。事実と相違した場合は、認定時に遡って被扶養者資格を削除されても異議申し立ていたしません。また、万一被扶養者資格のない期間に貴健保組合が負担した医療費および保険給付金がある場合は貴健保組合の請求に基づき全額返還いたします。

年 月 日

被保険者氏名 \_\_\_\_\_