

常務理事	事務長	課長	係長	主任	係

# 健康保険 被扶養者現況届

被保険者(申請者)記入欄	記号	番号	取得年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text" value="28"/>	<input type="text" value="1234"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input checked="" type="checkbox"/> 平成	<input type="text" value="221101"/>
	氏名・印	下記のとおり相違ありません。 令和 2 年 2 月 15 日		印		
住所	(〒 650-0000) 兵庫 都道府県 神戸市〇〇区1-2					

扶養認定を受けようとする方について記入してください	①扶養認定を受けようとする方の氏名および続柄	(ア) 健保 花子 続柄 妻	(イ) 健保 正子 続柄 母
	②同居・別居の区別 (別居の場合は住所記入)	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (〒 - )	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居 (〒 000-0000) 兵庫県△△市1-2
	③申請時点で加入している (していた) 健康保険について	1 1. 全国健康保険協会 2. 組合保険 3. 国民健康保険 4. 共済組合 5. 生活保護 6. 船員保険 7. 日雇保険 8. その他 (本人・家族)として加入	2 1. 全国健康保険協会 2. 組合保険 3. 国民健康保険 4. 共済組合 5. 生活保護 6. 船員保険 7. 日雇保険 8. その他 (本人・家族)として加入
	③-1 資格喪失している場合は資格喪失年月日	令和 2 年 2 月 1 日	令和 2 年 2 月 13 日
	④扶養認定を受けようとする事由 ★1以外は、その事実と年月日が確認できる書類を添付	7 1. 被保険者の資格取得による 2. 結婚 3. 同居 4. 養子縁組 5. 主たる扶養者の変更 6. 収入の減少 7. 退職 8. その他 [2.1.31付で退職し、無職無収入となったため]	5 1. 被保険者の資格取得による 2. 結婚 3. 同居 4. 養子縁組 5. 主たる扶養者の変更 6. 収入の減少 7. 退職 8. その他 [同居の父が2.2.12に死亡したため]
	⑤学生の場合は学校名 ★学生証の写し等を添付	大学 学校在学中	大学 学校在学中
	⑥雇用保険、健康保険、労災保険、損害保険、公害補償など各種給付金を受給していますか	<input type="checkbox"/> はい → 名称 (雇用) 保険の <input checked="" type="checkbox"/> 請求中 → 名称 (基本手当) <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい → 名称 ( ) 保険の <input type="checkbox"/> 請求中 → 名称 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	⑥-1 「はい」または「請求中」の場合、給付内容について ★金額等が確認できる書類を添付	支給開始 平成 年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 2 年 5 月 16 日 支給額 (日額・月額・年額) 4,283 円	支給開始 平成 年月日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 支給額 (日額・月額・年額) 円
	⑦公的年金、企業年金など各種年金を受給していますか	<input type="checkbox"/> はい → 種類 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 請求中 → 種類 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 労災年金 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 企業年金 <input type="checkbox"/> その他( )	<input checked="" type="checkbox"/> はい → 種類 <input checked="" type="checkbox"/> 国民年金 <input checked="" type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 請求中 → 種類 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 企業年金 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他( )
	⑦-1 「はい」または「請求中」の場合、支給額について ★振込通知書の写し等、金額と種類が確認できる書類を添付	総支給額 (日額・月額・年額) 円	総支給額 (日額・月額・年額) 55,000 円
⑧その他の収入はありますか	<input type="checkbox"/> 有 → 種類 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト収入 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 事業・不動産収入 <input type="checkbox"/> 利子・配当収入 <input type="checkbox"/> 雑所得 <input type="checkbox"/> その他( )	<input checked="" type="checkbox"/> 有 → 種類 <input checked="" type="checkbox"/> パート・アルバイト収入 <input checked="" type="checkbox"/> 事業・不動産収入 <input type="checkbox"/> 利子・配当収入 <input type="checkbox"/> 雑所得 <input type="checkbox"/> その他( )	
⑧-1 「はい」の場合、総収入額 (月額) について ★金額や内訳が確認できる書類を添付	総収入額 月額 円	総収入額 月額 10,000 円	
⑨今までに雇用保険の加入はありますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい → 2ページ目「雇用保険にかかると同意欄」へ記入 <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい → 2ページ目「雇用保険にかかると同意欄」へ記入 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	

この届書は16歳未満の実(養)子および18歳未満で高等学校ならびに各種学校に在学中の実(養)子は提出不要です。

★⑥、⑦、⑧がすべて「いいえ」の方は、最新の市県民税所得証明書を添付

2ページに続きます >>>

# 健康保険 被扶養者現況届

扶養状況について記入してください	⑩「扶養認定を受けようとする方」を扶養している方について ★被保険者本人を含むすべての扶養している方について記入し、被保険者本人以外の扶養している方の収入、援助額が確認できる書類を添付								
	対象者	扶養している方の氏名	続柄	職業	収入の種類	総収入月額	対象者と生計費の負担割合	備考	
①欄(ア)の方を扶養している方について ①欄(ア)の方に配偶者はいますか <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	申請者	本人	会社員	勤労収入	40万円	同居/別居	100%		
					万円	同居/別居	%		
					万円	同居/別居	%		
①欄(イ)の方を扶養している方について ①欄(イ)の方に配偶者はいますか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	申請者	本人	会社員	勤労収入	40万円	同居/別居	60%		
	健保 次郎	弟	会社員	勤労収入	23万円	同居/別居	10%	毎月2万円送金	
					万円	同居/別居	%		

別居の場合は記入してください

⑪被保険者と「扶養認定を受けようとする方」が別居の場合の扶養状況について ★被保険者本人の送金や支出を確認できる書類を添付

単身赴任者 : 被保険者が単身赴任者の場合は左記に印(☑)のうえ、以下は記入不要です。

○送金(銀行振込・現金書留・他: ) ○生活費の支出

①欄(ア)の方の扶養状況について

毎月 \_\_\_\_\_ 円 毎月 合計 \_\_\_\_\_ 円

賞与時 \_\_\_\_\_ 円/回・年 \_\_\_\_\_ 回 内訳 [ \_\_\_\_\_ ]

○送金(銀行振込・現金書留・他: ) ○生活費の支出

①欄(イ)の方の扶養状況について

毎月 100,000 円 毎月 合計 \_\_\_\_\_ 円

賞与時 100,000 円/回・年 2 回 内訳 [ \_\_\_\_\_ ]

★以下の「雇用保険にかかる同意欄」は、以前に雇用保険の加入期間があり(⑨欄・有と回答)、現在は資格喪失している場合は記入

雇用保険にかかる同意欄

(認定対象者) **健保 花子** は、雇用保険の失業等給付を次の理由により受給しておりません。

- 申請前 : 申請予定 年 月頃 ★申請次第、「雇用保険受給資格者証」写しを提出
- ② 待期及び給付制限期間中 : ★「雇用保険受給資格者証」写しを添付
- 受給期間延長申請前 : 申請予定 年 月頃 ★入手次第、「延長通知書」写しを提出  
延長理由を選択 → ( 1. 妊娠、出産、育児のため : 出産予定日 年 月 日、2. 他 )
- 受給期間延長中 : ★「延長通知書」写しを添付
- 受給放棄 : 理由を記入 ( )
- 受給資格なし : 理由を選択 → (1. 被保険者期間不足 2. 受給期間満了 3. 他 : )

雇用保険の失業給付を受けるときは、受給開始日から被扶養者を抹消いたします。  
失業給付受給期間中に健康保険被保険者証を使用した場合は、その治療費を返還することを誓約します。 令和 2 年 2 月 15 日

被保険者(申請者) 氏名・印 **健保 太郎** (印)

雇用保険被保険者番号 **1234 - 567890 - 1**

健康保険組合使用欄

認定対象者住所・氏名 住所 (〒650-0000) **兵庫県 神戸市 ○○区 1-2** 氏名・印 **健保 花子** (印)

上記のとおり相違ないことを証明する。

事業所所在地 **東京都○○区△△1-1-1**

事業所名称 **○○株式会社**

事業主氏名 **東京 三郎** (事業主印)

この現況届は、被扶養者の認否にかかわる重要な書類です

記載内容を他の目的に利用することはありませんので、正確に記入願います。なお、事実と相違したことが判明した時は、被扶養者の認定を取り消し、当組合が支給した保険給付費の返還を求める場合があります。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄 (印)

受付日付印

被保険者本人以外に扶養している方がいない場合は、空欄部分に斜線を引いてください。