

健康保険 被扶養者現況届

平成 年 月 日申請

被保険者	勤務先事業所(会社)	保険証の記号・番号	フリガナ	
		-	氏名	

●以下は申請される被扶養者についてご記入ください。(当該事項のいずれかに○をし、記入箇所はもれのないようにしてください。)

フリガナ		性別	続柄	生年月日	現住所
被扶養者氏名		男・女		昭・平 年 月 日	(被保険者と同居)

●被扶養者として申請する理由 (同居家族が扶養できない理由等、具体的に記入してください。)

1. 所得税の扶養控除申請をしていますか。 いいえ はい 平成 年 月申請済

2. 今まで会社に勤めていましたか。 いいえ はい

勤務先	
退職事由	定年・結婚・出産・傷病・その他()
退職日	昭・平 年 月 日

3. 雇用保険(失業給付)の受給予定はありますか。 いいえ はい 月 日頃から 月 日頃までの予定(日額 円)

受給しない理由

注) 雇用保険(失業給付)が日額3,612円(60歳以上は5,000円)以上あれば給付制限期間中を含み、受給期間中は扶養になれません。雇用保険受給資格者証のコピーを添付。

4. 出産の予定はありますか。 いいえ はい 出産予定日 平成 年 月 日

5. 出産手当金または傷病手当金の受給予定はありますか。	出産手当金	いいえ	はい	月 日頃から 月 日頃までの予定(日額 円)
	傷病手当金	いいえ	はい	月 日頃から 月 日頃までの予定(日額 円)

注) 出産手当金または傷病手当金が日額3,612円(60歳以上は5,000円)以上あれば受給中は扶養になれません。

6. 現在、収入がありますか。

[いいえ・はい] 年間収入額(円) (年金・恩給の受給者は直近の「年金改定通知書」コピーも添付。)	内	雇用保険(失業等給付)	いいえ	はい	月 日から 月 日まで(日額 円)
		出産手当金	いいえ	はい	月 日から 月 日まで(日額 円)
		傷病手当金	いいえ	はい	
		年金	いいえ	はい	(年金)(月額 円)
		恩給	いいえ	はい	(恩給)(月額 円)
※離婚された方について→養育費が(有・無) 「有」の場合→(金額 円/月)	訳	その他	いいえ	はい	配当利子・不動産収入・パート・その他() (月額 円)もしくは(年額 円)

7. 現在、加入の健康保険はありますか。 いいえ はい

・最後に加入していた健康保険()
平成 年 月 日 喪失

・未加入

はい 国保・協会けんぽ・組合健保・共済組合・船員保険・その他()

※どなたかの扶養に入られている場合は、その他に「〇〇の扶養」と記入のこと。
※退職後の任意継続の場合は、その他に「任継」と記入のこと。

8. 被保険者と別居している場合はいつからですか。 年 月から別居

●別居の場合のみ記入

被扶養者として申請する方に対して、毎月どの程度の生計費を援助していますか。 1ヶ月の仕送り金額は (月額 円)
1年間の仕送り金額は (年額 円)

(振込み通知書、預金通帳[送り主と送り先が分かるもの]の写し等、事実が確認できるもののコピー3ヵ月分も添付)

9. 被扶養者と同居の家族はいますか。(被保険者以外で) いいえ はい

10. 被保険者以外に被扶養者の生計維持が可能な方(優先扶養義務者)はいますか。被保険者本人を含めたご家族の状況をご記入ください。

注) 被扶養者からみた続柄でご記入ください。被扶養者の記載は不要です。

氏名	続柄	年齢	職業	月収	同居・別居の有無
				円	同・別
				円	同・別
				円	同・別

上記のとおり事実と相違ありません。尚、後日、事実と相違した申告により発生した一切の損害は私が弁償し、貴組合にはご迷惑をおかけしないことを約束いたします。

平成 年 月 日 ※必ず署名と捺印をお願いします。 被保険者署名: _____ ㊟

被保険者に係る上記の内容について証明する。

事業主 住所

平成 年 月 日 氏名 _____ ㊟

・金額欄「 円」に該当がない場合には「 0 円」と記載してください。 ニチレイ健康保険組合 2011.12

・年収が130万円未満でも、その事業所で同種の業務に従事する一般社員の所定労働時間、または所定労働日数の4分の3以上働いている場合は被扶養者になれません。この現況届に虚偽の記載がされた場合には、過去に遡って掛かった医療費を請求させていただく場合があります。