

健康保険 被扶養者現況届 (未成年)

平成 年 月 日申請

被保険者	勤務先事業所	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				昭・平 年 月 日	

●**被扶養者として申請することになった理由**(どちらかに○をし、その他の場合は具体的に記入してください。)

- ・他の家族が扶養できない
- ・その他 ()

1.現在、収入がありますか。	いいえ	はい	内	年金 ()	() (月額)
(年金の受給者は直近の「 年金改定通知書 」コピーも添付してください。)			訳	そ の 他	

※被保険者が離婚している場合→養育費が(有・無) 「有」の場合 → (金額 円/月)

2.現在、配偶者の加入している健康保険はありますか。	いいえ	・最終加入していた健康保険() 平成 年 月 日 喪失 ・未加入
※ どなたかの扶養に入られている場合は、その他に「○○の扶養」と記入のこと。	はい	国民健康保険・協会けんぽ・組合健保・共済組合 船員保険・その他()

3.被保険者とは現在同居していますか。	同居	別居	年 月 から
---------------------	----	----	--------

●上記3で別居とされた場合のみ記入

あなたは、扶養申請対象者に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 (月額 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か月分も添付してください。)

4.扶養申請対象者と同居の家族はいますか。(被保険者以外で)	いいえ	はい	同居家族が扶養できない理由
--------------------------------	-----	----	---------------

5.扶養申請対象者に優先扶養義務者がいないかを確認するため被保険者本人を含めたご家族の情報をご記入ください。
 注)以下の続柄は扶養申請対象者からみた関係でご記入ください。扶養申請対象者の記載は不要です。

氏名	続柄	年齢	職業	月収	同居別	住所
				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: _____ (印)

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 _____ (印)