

常務理事	事務長	担当者

健康保険 被扶養者状況届

申請日： 令和 年 月 日

被保険者証の 記号・番号	記号		被保険者 の氏名	
	番号			

①扶養の認定を申請する家族についての報告

フリガナ 氏名	生年月日			性別	続柄	税法扶養 の有無	同居 別居	申請する家族の住所 (別居の場合のみ記入)
	昭 平 令	年	月	日	男 女	有 無	同 別	〒

申請理由 (必ず記入)	
----------------	--

勤務先	今まで勤めていた勤務先 または 現在の勤務先 <input type="checkbox"/> 名称及び部署 _____ <input type="checkbox"/> 所在地 _____ (電話) _____ <input type="checkbox"/> 勤務期間 昭・平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日 (年 月)
-----	---

雇用保険	雇用保険(失業保険)の受給状況 <input type="checkbox"/> なし → 受けない又は受けられない理由 ( ) <input type="checkbox"/> あり → 現在受給中 (日額 _____ 円) 今後受ける予定(令和 年 月から、日額 _____ 円) 受給終了 (令和 年 月まで) 受給期間延長 (延長理由 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 傷病、延長期間 令和 年 月まで)
------	---

健康保険加入状況	自分が被保険者として加入していた場合 <input type="checkbox"/> 加入保険の種類 _____ 組合健保(任意継続含む) ・ 政府管掌 ・ 共済組合 ・ 国民健保
	被扶養者となっている場合の健康保険 <input type="checkbox"/> その被保険者名と続柄 _____ 氏名 _____ 続柄 _____ <input type="checkbox"/> 加入保険の種類 _____ 組合健保(任意継続含む) ・ 政府管掌 ・ 共済組合 ・ 国民健保

収入の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 月額 _____ 円 年額 _____ 千円 種類 <input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 労災保険 <input type="checkbox"/> 健保給付金 <input type="checkbox"/> 不動産 <input type="checkbox"/> 利子 <input type="checkbox"/> その他 ( )
-------	--

現在の生活費	<input type="checkbox"/> 本人の収入でなんとかやっている <input type="checkbox"/> 全面的に被保険者が負担している <input type="checkbox"/> 被保険者が一部負担している(月額 _____ 千円、生計費の _____ %程度) ※別居している場合は別途、「送金明細書」を提出(子供または単身赴任者は除く)
--------	--

②申請者以外で新たに扶養となる方に対する扶養義務のある家族

氏名	続柄	年齢	職業	直近月収又は年収	同居別居	生計費負担割合
						%
						%
						%

※満16歳未満の子および学生については提出不要です

受付印