

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 6年 7月 7日

被保険者証の 記号・番号	記号	1	被保険者の 氏名	岡村 太郎
	番号	123456		

①扶養の認定を申請する家族についての報告

フリガナ	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)
氏名	昭 平 令	男 女	長女	有 無	同 別	〒220-0004 横浜市西区北幸1-1-1
オカムラ アキ	60 10 10					
岡村 明子						

申請理由 (必ず記入)	退職のため
----------------	-------

勤務先	今まで勤めていた勤務先 または 現在の勤務先 <input checked="" type="checkbox"/> 名称及び部署 <u>X Y W 商事</u> <input checked="" type="checkbox"/> 所在地 <u>横浜市西区北幸1-1-1</u> (電話) <u>045-123-5678</u> <input checked="" type="checkbox"/> 勤務期間 昭・平・令29年 4月 1日 ~ 平・令 1年 6月30日 (2年 3ヶ月)
-----	--

雇用保険	雇用保険(失業保険)の受給状況 <input checked="" type="checkbox"/> なし → <input checked="" type="checkbox"/> 受けない又は受けられない理由 (<u>扶養となるため</u>) <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 checked="" type="checkbox"/> 加入保険の種類 <u>組合健保</u> (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 checked="" 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 checked="" 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