

被扶養者認定対象者現況届

- ◎義務教育修了以上の方を被扶養者として申請する場合は、「被扶養者異動届(増員)」および「被扶養者認定に必要な添付書類(提出書類一覧表)」をご確認のうえ、添付して提出してください。
◎この届は、被扶養者の認定に重要な書類ですので、該当項目について事実を明確に記入してください。
◎該当項目すべてに✓をつけ、金額などを記入してください。

被保険者等	記号	111	番号	1234567	フリガナ	ケンボ タロウ			
					被保険者氏名	健保 太郎			
フリガナ	ケンボ クミコ			生年月日	(和暦) 昭和 〇〇年 11月 11日	続柄	母	居住	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居
認定対象者氏名	健保 組子								
認定対象者居所住所	〒	135-0001	電話番号	090-0000-0000					
	住所	東京都江東区豊洲7丁目77番地77号 豊洲マンション777号室							

以下、認定対象者についてお答えください。

別居理由:

病気療養中のため

1. 扶養申請理由

- 被保険者の入社に伴い、引き続き扶養家族として申請
- 退職(廃業)した (退職日: (和暦) 令和 〇〇年 3月 1日)
- 申請前に扶養していた者とその事由: (事由 結婚・離婚・死亡・その他)
(該当者氏名) (事実発生日: (和暦) 年 月 日)
- 上記以外の理由 (できるだけ詳しく) (病気を理由に退職し、専門的な治療が必要で別居するため)

2. 認定対象者の雇用保険(失業給付)等の状況 ※退職に伴い扶養申請する方のみ記入

- 受給申請中(予定も含む) 受給資格あるが放棄 (理由:)
- 受給中 受給終了した 受給資格なし (理由:)
- 受給延長中(理由) 病気療養中 (傷病手当金: 支給中(予定も含む) 支給しない(申請せず))
その他 (内容: 病気療養中のため)
(和暦) 令和 〇〇年 12月まで延長)

3. 認定対象者が今まで加入していた健康保険

- 勤務先の健康保険 (健保名: 〇〇〇健保) () の扶養家族
- 国民健康保険 共済組合 任意継続 無保険 (理由:)

4. 認定対象者の配偶者の状況

- 配偶者あり (収入: なし・あり (種類: 年額: 円)
- 配偶者なし (状況: 死別・離婚・未婚・その他)

裏面につづく

5. 今後1年間の認定対象者の収入状況 ※記入日を含む日から1年間の収入見込額

勤労収入なし

①～⑦ 収入見込額 (総額)	
★ (年額	1,200,000 円)

勤労収入あり

パート・アルバイト 自営業 農業 その他

※賞与・諸手当・通勤手当など含む	
① (年額	円)

雇用保険受給中

(受給期間：(和暦) 年 月 日から 日間)	※日額×受給日数
(日額： 円)	② (総額 円)

公的年金なし (理由：)

公的年金あり

老齢・基礎年金 (国民・ 厚生・ 共済) ③ (年額 240,000 円)

遺族年金 (国民・ 厚生・ 共済) ④ (年額 400,000 円)

障害年金 (国民・ 厚生・ 共済) ⑤ (年額 500,000 円)

上記年金を申請中 (申請日： (和暦) 年 月 日)

給付金あり 傷病手当金 出産手当金 労災給付金 ⑥ (年額 円)

その他収入

家賃・不動産収入 その他 (内容： 東京都江東区福祉医療費)

利子・配当金 企業・個人年金 ⑦ (年額 60,000 円)

6. 認定対象者の家屋・生活状況

(※居所住所・住民票住所が別居の場合のみ記入)

認定対象者自身の収入(給与・年金等)で生活をしている

認定対象者の配偶者の収入(給与・年金等)で生活をしている

被保険者が負担している
 ・認定対象者の1ヵ月の生計費：
 350,000 円
 (そのうち) 220,000 円 を負担

被保険者以外に負担している人がいる
 ・負担者の氏名： 健保 五郎
 ・認定対象者との続柄： 弟
 ・生計費のうち 30,000 円 を負担

家屋について

持ち家の名義氏名： 健保 太郎
 賃貸の名義人氏名：
 賃貸の支払者氏名：

7. 認定対象者の1ヵ月平均の生計費内訳

(※認定対象者おひとりにかかる金額を収入と支出が同額になるように記入)

収入	① 収入(給与・年金等)	0 円
	② 預貯金等の充当額	100,000 円
	③ 被保険者からの援助 ※別居の方は送金額記入	220,000 円
	④ その他	30,000 円
	★合計(①～④の合計)	350,000 円
支出(⑤～⑩自由記入)	① 家賃(住宅ローン等)	0 円
	② 食費	35,000 円
	③ 水道光熱費	50,000 円
	④ 通信費(電話等)	15,000 円
	⑤ 自身(母)の医療費	180,000 円
	⑥ ペットの医療費	35,000 円
	⑦ 各種保険料(車・生命)	20,000 円
	⑧ ガソリン代	8,000 円
	⑨ 母親の被服・娯楽費	5,000 円
	⑩ 町会費	2,000 円
★合計(①～⑩の合計)	350,000 円	

8. 認定対象者は公費医療費助成の対象となっていますか

いいえ はい (医療費助成制度の名称： 東京都特別医療助成制度) 以上