

父母
義父母
兄弟姉妹 など(義務教育修了以上)

申請用

『被扶養者認定対象者 現況届』

※必要添付書類は、提出書類一覧表をご確認ください

- ◎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「必要な認定書類」を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、下記の該当する項目について事実を明確に記入してください。
- ◎該当する項目すべてに✓をつけ、金額などを記入してください。

被保険者証	記号	1	番号	123456	フリガナ	ケンポ タロウ	健保 太郎	
フリガナ	ケンポ クミコ	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	(和暦) ×× 〇〇年 2 月 1 日	続柄		
認定対象者名	健保 組子	〒	123 - 4567	TEL	070 (6543) 1111	居住	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	
認定対象者住所	東京都武蔵野市豊洲町5-4-3-201							

以下、認定対象者についてお答えください。

別居理由： 被保険者が結婚して別居することになった

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

(和暦)

認定対象者が退職（廃業）した（ 退職 ・ 廃業： _____ 年 _____ 月 _____ 日）

申請前、扶養していた者（ 夫 ）「 死亡 ・ 離婚 ・ 結婚」したための扶養異動

(和暦)

(事実発生日： ×× 〇〇年 1 月 1 日)

上記以外の理由 (_____)
(できるだけ詳しく)

2：認定対象者の雇用保険（失業給付）の状況

受給申請中（予定も含む） 受給資格はあるが放棄（理由： _____）

(和暦)

受給中 受給の延長中（理由： _____ 年 _____ 月まで延長）

受給を終了した 受給資格がない（理由： _____）

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： _____） (_____) の扶養家族 任意継続

国民健康保険 共済組合 無保険（理由： _____）

4：認定対象者の配偶者の状況

配偶者なし 状況→ 死別 離婚 未婚

配偶者あり 配偶者の収入→ なし あり（種類： _____ 年額： _____ 円）

↑パート、アルバイト、公的年金等収入の種類を記入

5：認定対象者の家屋の状況

持ち家（名義： _____） 賃貸（名義： 健保 組子 支払者： 健保 組子）

裏面につづく

6：認定対象者の収入状況

勤労収入あり状況 → パート・アルバイト 自営業 農業 その他

① (年額 **560,000** 円)
※通勤手当含む

勤労収入なし

(和暦)

雇用保険受給中 (日額: _____ 円、受給期間: _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間)

公的年金あり状況 → 老齢・基礎年金 (国民 ・ 厚生 ・ 共済)

② (年額 **220,000** 円)

遺族年金 (国民 ・ 厚生 ・ 共済)

③ (年額 _____ 円)

障害年金 (国民 ・ 厚生 ・ 共済)

④ (年額 _____ 円)

(和暦)

上記年金を申請中 (申請日: _____ 年 _____ 月 _____ 日)

公的年金なし (理由: _____)

傷病手当金 出産手当金 労災給付金

⑤ (年額 _____ 円)

その他収入 → 家賃・不動産収入 利子・配当金 企業・個人年金⑥

その他 (内容: _____)

(年額 _____ 円)

⑦ ①～⑥

合計 **780,000** 円

7：認定対象者の生活状況

認定対象者自身の収入 (給与・年金など) で生活をしている

認定対象者の配偶者の収入 (給与・年金など) で生活をしている

被保険者が負担している . . . 認定対象者の月生活費: **225,000** 円
その内 **150,000** 円 を負担

被保険者以外に負担している人がいる . . . 氏名: _____ 認定対象者との続柄: _____

月額: _____ 円 を負担

8：認定対象者の1ヵ月の生計費の内訳

収入	認定対象者の収入	月額: 65,000 円
	認定対象者の預貯金等からの充当額	月額: 10,000 円
	被保険者からの援助 ※別居の方は送金額記入	月額: 150,000 円
	その他	月額: 0 円
	合計	月額: 225,000 円

支出	家賃 (住宅ローン等)	月額: 85,000 円
	食費	月額: 60,000 円
	水道光熱費	月額: 25,000 円
	通信費 (電話等)	月額: 10,000 円
	その他	月額: 45,000 円
合計	月額: 225,000 円	

9：認定対象者は公費医療費助成の対象となっていますか

はい 医療費助成制度の名称: (_____)

いいえ

以上