

扶養関係現況書

※他の健康保険証をお持ちの場合は申請できません。(国民健康保険は除く)

健康保険証の記号・番号	—	被保険者氏名	
-------------	---	--------	--

扶養対象者の氏名	(歳)
----------	------

扶養追加者が複数いる場合は、1名につき1枚用意してください。

※中学生以下の「子」の対象者が複数の場合は、2人目以降は下記にお名前と年齢を列記するだけで結構です。

2人目以降の対象者の氏名(中学生以下)	(歳)	(歳)
	(歳)	(歳)

- ・状況によって、証明書類を追加で提出していただくことがあります。
- ・マイナンバーによる情報照会により事実との相違が確認された場合、記載内容が相違していることが判明した場合は認定が取消しになることがありますのでご注意ください。

○今回被扶養者としていたい方について該当するものに☑を、回答欄には記入をお願いします。

1. 今回被扶養者としていたい理由

<input type="checkbox"/> 本人取得(被保険者の入社)	<input type="checkbox"/> 退職	<input type="checkbox"/> 婚姻	<input type="checkbox"/> 同居開始	<input type="checkbox"/> 収入減少	<input type="checkbox"/> 扶養変更	<input type="checkbox"/> 自営業廃止
<input type="checkbox"/> 任意継続資格喪失	<input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 養子縁組	<input type="checkbox"/> 仕送り開始	<input type="checkbox"/> 雇用保険、出産等の給付・手当金終了		
<input type="checkbox"/> 被保険者の定年再雇用	⇒【以前の記号番号: —】					
<input type="checkbox"/> 関連会社転籍(電機健保内)	⇒【以前の記号番号: —】					
<input type="checkbox"/> その他()						

2. 継続的に得られる「1ヶ月分(月額に換算してください)」の控除前の収入について、すべて回答してください。

アルバイトやパートなどの労働収入	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	金額	円/月(交通費を含めた控除前の金額)
各種年金	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 国民厚生 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 企業年金 <input type="checkbox"/> 個人年金 <input type="checkbox"/> その他()年金	合計金額 円/月
給付・手当金	受給しない <input type="checkbox"/> または <input type="checkbox"/> 受給して いない <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 雇用保険(失業)給付 <input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> 育児休業給付金	金額 円/月
		<input type="checkbox"/> 受給予定(R 年 月 頃) <input type="checkbox"/> 受給終了した(R 年 月 日)	
自営業の所得金額	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	金額	円 / 前年の年間所得(円)
受け取っている仕送り額	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	氏名()	左記の者から 金額 円/回 (年 回仕送り予定)
その他の継続的な収入	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不動産、家賃 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 株式配当金 <input type="checkbox"/> その他()	金額 円/月

3. 被保険者と配偶者の収入状況などについて(夫婦共同扶養)

Q1. 夫婦共働きですか ⇒ <input type="checkbox"/> はい(Q2へ) <input type="checkbox"/> いいえ(質問終了です)
Q2. 「Q1」にて「はい」に☑された方は①～④を回答してください。
①現在、配偶者は他の健康保険に加入していますか。⇒ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
②昨年の源泉徴収票の「支払金額」(自営業の方は昨年の確定申告の所得金額)
被保険者 円 / 配偶者 円
③本年の年収の見込み金額
被保険者 円 / 配偶者 円
④配偶者は産前産後・育児休業を取得中、または取得予定ですか。⇒ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

4. 事業所ご担当者様からの補記(何か補足事項があれば記入ください)

.....