

健康保険 被扶養者現況届

年 月 日

被保険者	勤務先事業所（会社）	保険証の記号－番号	フリガナ	
		－	氏名	

● 以下に申請される被扶養者についてご記入下さい。（当該事項のいずれかに○をし、記入箇所の漏れのないようにしてください。）

フリガナ		性別	続柄	生年月日
被扶養者氏名		男・女		昭・平・令 年 月 日

被保険者との同居の有無	同・別	別居の場合は住所を記載してください。	〒
-------------	-----	--------------------	---

直近の勤務先の退職日	年 月 日
------------	-------

現在の収入について該当する□にチェックをし、金額をご記入下さい

<input type="checkbox"/> 給与(アルバイト・パート等)		円/月
<input type="checkbox"/> 自営業		円/月
<input type="checkbox"/> 雇用保険（失業給付） ※日額3612円、60歳以上は5,000円以上は扶養になれません。		円/日額
<input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> その他（ ）	合計	円/月
<input type="checkbox"/> 不動産賃貸料等		円/月
<input type="checkbox"/> 傷病手当 <input type="checkbox"/> 出産手当金		円/日額
<input type="checkbox"/> 仕送り <input type="checkbox"/> 養育費		円/月
<input type="checkbox"/> その他（ ）		円/月
<input type="checkbox"/> 無収入		

- ※ お勤めされている方は雇用契約書・直近3か月の給与明細コピーを添付
- ※ 雇用保険受給終了、不該当の方は受給資格者証コピーを添付
- ※ 年金・恩給の受給者は直近の「年金改定通知書」コピーを添付
- ※ 仕送り、養育費については、振込通知書、預金通帳（送金者と送り主が分かるもの）の写し直近3か月分を添付

被扶養者と同居の家族はいますか。（被保険者以外で）	はい	いいえ
---------------------------	----	-----

被保険者本人を含めた18歳以上のご家族の状況をご記入ください。（注）被扶養者からみた続柄でご記入下さい。被扶養者の記載は不要です。

氏名	続柄	年齢	職業・学年	月収

上記の通り事実に相違ありません。なお、後日事実と相違した申告により発生した一切の損害は私が弁償し、貴組合にはご迷惑をおかけしないことを約束いたします。

※必ず署名をお願いします。

年 月 日 被保険者署名 :

- ・ 金銭欄に該当ない場合には「0」と記載してください。
- ・ 年収が130万未満でもその事業所で同種の業務に従事する一般社員の所定労働時間、または所定労働日数の3/4以上働いている場合は、被扶養者になれません。この現況届に虚偽の記載がされた場合には、過去に遡って掛かった医療費を請求させていただく場合があります。