

被扶養(申請)者現況届

- ◆この書類は18歳以上の方を被扶養者として届け出る際、被扶養者認定申請者(以下「申請者」という。)1名につき1枚作成してください。
- ◆太枠内を黒ボールペンで、該当する項目は○印で囲み、該当箇所については空欄のないように記入してください。
- ◆この届出は申請者につきまして、健康保険組合が被扶養者を認定するために必要な書類となりますので、詳しくかつ正確に記入してください。現況届記載の個人情報は、当目的以外で利用することはありません。
- ◆被扶養者認定にあたり、記入内容についてお尋ねしたり、必要に応じ新たに証明書類等の提出をお願いする場合がございますのでご了承ください。

日本板硝子健康保険組合

| | | | | | |
|-------|--|----|--------|------|------------|
| 記号・番号 | | 10 | 被保険者氏名 | 事業所名 | 令和 年 月 日提出 |
|-------|--|----|--------|------|------------|

I. 申請者について

| | | | | | |
|------|----------------|------|----------|-----|--------|
| 氏名 | | 年齢 | 歳 | 続柄 | |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 世帯 | 同居・別居 | 税法上 | 扶養・非扶養 |
| 配偶者 | 有・無(未婚・離別・死別) | 健康保険 | 現在加入・未加入 | | |
| 職業 | 無職・有職(勤務先名:) | | | | |

II. 申請理由について

今、あなたが申請者を扶養することになった理由(経緯)を、詳しく(年月日含む)記入してください。

| |
|----------------------------|
| (結婚、退職等の場合、その年月日も記入してください) |
|----------------------------|

III. 申請前の申請者の状況について

1. 以前加入していた保険の種類について

| | |
|--------|---|
| 保険の種類 | ①国民健康保険 ②健康保険組合 ③協会けんぽ(旧政管健保) ④共済組合 ⑤その他() |
| 任意継続保険 | ①加入していた(喪失日 平成・令和 年 月 日) ②未加入 |

*任意継続保険とは……退職後、引き続き前勤務先の健康保険に加入できる制度

2. 過去2年以内に退職された場合は記入してください。 ※状況により提出書類が異なるため、担当者へ確認してください。

| | | | |
|------|---|-----|----------|
| 勤務先名 | | | |
| 退職理由 | (出産の方は分娩予定日:令和 年 月 日) | | |
| 入社日 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 退職日 | 令和 年 月 日 |
| 失業給付 | ①受給終了 ②現在、受給中 ③受給開始前(ハローワーク手続き 未・済) ④受給延長中 ⑤受給しない(理由:) ⑥受給できない(理由:) ⑦受給延長予定【具体的理由】 a. 妊娠・出産・育児 b. 疾病・負傷 c. 定年退職後の一時休養 d. その他() | | |

IV. その他の家族構成

*申請者が、親・兄弟(義含む)の場合のみ記入してください。(世帯全体の住民票の提出が必要になります)

| 続柄 | 氏名 | 年齢 | 同居・別居 | 職業(勤務先)又は学年 | 年間収入 |
|----|----|----|-------|-------------|------|
| | | 歳 | 同居・別居 | | 万円 |
| | | 歳 | 同居・別居 | | 万円 |

V. 申請者の現在の収入について ***今後1年間の見込額を記入してください。**

*収入ありの場合は、それぞれ金額を確認できる書類を添付してください。(収入無しの場合は、(非)課税証明書を提出)

| 収入の内訳 ※該当するものに○を付けてください。 | 収入の有無 | 年間収入 | 提出書類 (一般的なもの) |
|--|-------|------|--|
| 1. 会社等で働いている ①正規社員 ②パート ③アルバイト ④その他 () | 有・無 | 万円 | ・雇用契約書(写) |
| 2. 自営業を営んでいる ①自営 ②農業 ③漁業 ④林業 ⑤その他 () | 有・無 | 万円 | ・所得証明書 ・直近の確定申告書(写) |
| 3. 年金・恩給等を受給している ①公的年金 (老齢年金・遺族年金・障害年金 等) ②私的年金 ③企業年金 ④恩給 ⑤その他 () | 有・無 | 万円 | ・年金証書(写) ・年金額改定通知書(写) ・公的年金源泉徴収票、恩給等通知書(写) |
| 4. 保険給付金を受給している ①雇用保険 ②労災 ③傷病手当金 ④出産手当金 ⑤その他 () | 有・無 | 万円 | ・各受給を証する証書 |
| 5. その他の収入がある ①不動産所得 ②利子配当所得 ③その他 () | 有・無 | 万円 | ・直近の確定申告書(写) |
| 年間収入合計 | | 万円 | |

(*1) 上記1. 収入「有」の方で認定後においても、給与明細書(写)等の提出をお願いする場合があります。

VI. 申請者が別居の場合の申請について

1. 申請者と同居している収入(年金、失業給付、一時的な収入等含む)のある方について記入してください。

| 続柄 | 氏名 | 年齢 | 職業(勤務先) | 年間収入 |
|-------------------|----|----|---------|------|
| | | 歳 | | 万円 |
| | | 歳 | | 万円 |
| 上記の方が申請者を扶養できない理由 | | | | |

2. 被保険者から申請者への生活援助費(仕送り)について

| | | |
|---------|---|---|
| 毎月の仕送り額 | 円 | *必ず送金の確認ができるもの(振込み又は現金書留の控え等)を添付してください。 |
|---------|---|---|

VII. 被保険者の年間収入

| | | |
|-------|---|---|
| 年間収入額 | 円 | *給賞与以外のその他収入(不動産所得、利子配当所得等)があれば含めて記入してください。 |
|-------|---|---|

VIII. 誓約事項(被保険者署名欄)

日本板硝子健康保険組合 理事長 殿

被扶養者認定後、本届の申告に相違があることが判明した場合には、速やかに健康保険組合へ届け出ることをお約束いたします。また、年間収入限度額(60歳未満は130万円未満、60歳以上または障害厚生年金を受けられる程度の障害者は180万円未満)を超える見込みがついたときには、速やかに被扶養者の削除手続きを行います。

扶養から削除する手続きを怠り、認定削除となる期間にその被扶養者が医療機関等を受診したり、保健事業の補助を受けた場合に、貴組合より返還請求されたときには、その医療費等の全額を返納することをお約束いたします。

万一、検認等において年間収入限度額を超えていることが確認できた場合には、健康保険組合の指定する日で被扶養者の削除手続きを速やかに行い、資格喪失日から1年間は被扶養者認定を受けられないことも了承いたします。

上記 III 2.の雇用保険関係書類(雇用保険受給資格者証や雇用保険受給延長通知書等)やV(*1)にある収入に関する必要書類(給与明細書や源泉徴収票等)の依頼を受けた場合には、入手でき次第、速やかに健康保険組合へ届け出ることもお約束いたします。

提出できない場合には、扶養認定を削除されましても一切の異議申し立てはいたしません。

被保険者氏名
(自 署)