

被扶養者現況届

一般被保険者

※この現況届は被扶養者の認定の生計維持関係の確認資料となりますので、各項目すべてについてもれなく記入してください。必要事項のみの場合は返送させていただきます場合があります。

※この現況届に事実と相違した記載があった場合は、認定日によって資格を取消し、掛かった医療費及び給付金は返還いただく場合があります。

※18歳以下（高校生含む）の記入は不要です。

※被扶養者認定における資料として確認し、記載内容の秘密は厳守いたします。

扶養認定を受けようとする18歳以上の方について記入してください	申請する方の氏名			
	申請時点で加入している(していた)健康保険について	加入の状況 <input type="checkbox"/> 単独加入 <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ <input type="checkbox"/> 実家の扶養家族 <input type="checkbox"/> 無保険(未加入) 保険の種類 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 公務員共済 <input type="checkbox"/> 船員保険	加入の状況 <input type="checkbox"/> 単独加入 <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ <input type="checkbox"/> 実家の扶養家族 <input type="checkbox"/> 無保険(未加入) 保険の種類 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 公務員共済 <input type="checkbox"/> 船員保険	
		記号・番号	記号	番号
		保険者名称		
		保険者番号		
		取得年月日	昭和・平成・令和	年
喪失年月日	平成・令和	年	月	
現在の収入状況について	<input type="checkbox"/> 有 → 種類 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> パートタイマー等 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 有 → 種類 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> パートタイマー等 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> その他()		
「有」の場合は総収入額	月額	円	交通費	
	月額	円	交通費	
★パートタイマー等(学生以外)の方で、月額8万8千円以上(年間概ね106万円)以上の方は、ご自身で健康保険に加入できることがあります。★				
雇用保険の失業給付を受給していますか	<input type="checkbox"/> 受給申請予定 <input type="checkbox"/> 給付制限(待期)期間中 <input type="checkbox"/> 受給中 (日額) 円) <input type="checkbox"/> 受給期間延長中 <input type="checkbox"/> 受給していない → <input type="checkbox"/> 受給資格なし <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 受給放棄 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 受給終了	<input type="checkbox"/> 受給申請予定 <input type="checkbox"/> 給付制限(待期)期間中 <input type="checkbox"/> 受給中 (日額) 円) <input type="checkbox"/> 受給期間延長中 <input type="checkbox"/> 受給していない → <input type="checkbox"/> 受給資格なし <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 受給放棄 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 受給終了		
公的年金を受給していますか	<input type="checkbox"/> 受給中 → 種類 <input type="checkbox"/> 手続中 → 年額 円) <input type="checkbox"/> 受給していない → <input type="checkbox"/> 受給年齢に達しない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 加入期間不足 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 受給中 → 種類 <input type="checkbox"/> 手続中 → 年額 円) <input type="checkbox"/> 受給していない → <input type="checkbox"/> 受給年齢に達しない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 加入期間不足 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> その他()		
同居・別居の区別	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 → 仕送り <input type="checkbox"/> 有 (月) 円) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 → 仕送り <input type="checkbox"/> 有 (月) 円) <input type="checkbox"/> 無		
扶養するに至った理由を詳しくご記入ください。				

上記のとおり相違ありません。
令和 年 月 日

被保険者	住所	〒	—
	氏名		
	電話番号	()