

# 被扶養者状況届

平成××年××月××日提出

|      |    |  |   |   |    |   |   |   |   |   |         |         |
|------|----|--|---|---|----|---|---|---|---|---|---------|---------|
| 被保険者 | 記号 |  |   |   | 番号 |   |   |   |   |   | 被保険者氏名  | 事業所名    |
|      | *  | *  | * | * | *  | * | * | * | * | * | 健保 太郎 印 | ×××株式会社 |
| 申請理由 |    | 1. 出生    2. 結婚    3. 退職    4. 再雇用    5. 雇用保険受給終了<br>6. その他(            ) |   |   |    |   |   |   |   |   |         |         |

|   |                   |                 |   |    |    |    |
|---|-------------------|-----------------|---|----|----|----|
| 申請対象者の状況  | 申請対象者氏名           |                 | 生年月日  |    | 年齢 | 続柄 |
|   | 健保 一子             |                 | 昭・平   |    | ×× | 妻  |
|   |                   |                 | ××年××月×日  |    |    |    |
|   | 申請対象者の婚姻区分        |                 | 1. 未婚    2. 既婚    3. 離婚    4. 死別                              |    |    |    |
|   | 被保険者との同居区分        |                 | 同居(単身赴任の場合は同居を含む) ・ 別居  |    |    |    |
|   | これまで加入していた<br>保 険 |                 | 1. 勤務先の健康保険    2. 協会けんぽ    3. 国民健康保険<br>4. 共済組合    5. 加入していない |    |    |    |
|   |                   |                 | 上記組合名と連絡先    ***共済組合    TEL(×××)×××-××××                      |    |    |    |
| 資格喪失日    平成○○年○月○○日   |                   |                 |   |    |    |    |
| 申請対象者の収入状況  |                   | 0. 収入なし         |   |    |    |    |
| 収入状況によって必要な添付書類が異なります。<br>詳細は別紙「被扶養者認定に際しての必要添付書類一覧」を参照下さい。 |                   | 1. 給与収入(含パート収入) |   | 月額 | 円  |    |
|   |                   | 2. 事業所得         |   | 月額 | 円  |    |
|   |                   | 3. 不動産収入        |   | 月額 | 円  |    |
|   |                   | 4. 年金・恩給        |   | 月額 | 円  |    |
|   |                   | 5. その他(利子・配当金等) |   | 月額 | 円  |    |

申請対象者が「退職による申請」の場合に記入下さい。

|      |                             |
|------|-----------------------------|
| 失業給付 | 受給権なし ・ 受給しない ・ 受給終了 ・ 受給延長 |
|------|-----------------------------|

申請対象者が「被保険者と別居」している場合に記入下さい。

|        |     |  |
|--------|-----|--|
| 申請対象者の | 同居者 | 1. いる(            人・申請者との続柄            )    2. いない |
|        | 生活費 | 1. 被保険者が(全て・一部)援助している。 月額            円             |

申請対象者が「配偶者」・「子」以外の場合に記入下さい。

| 被保険者以外の家族  | 氏名                                | 年齢 | 被保険者との続柄 | 被保険者との同居区分 | 年収見込額 |
|--|-----------------------------------|----|----------|------------|-------|
| 例)申請対象者が「母」の場合、<br>被保険者以外の家族として<br>「父」・「兄」・「姉」など |                                   |    |          | 同居・別居      | 円     |
|  |                                   |    |          | 同居・別居      | 円     |
|  |                                   |    |          | 同居・別居      | 円     |
|  | 上記の方が、申請対象者を被扶養者にできない理由を記入してください。 |    |          |            |       |