

健保被扶養者現況届

※提出書類については「被扶養者が増える場合の必要書類」をご確認ください。用紙内の項目は全て記入必須です。

居住状況や続柄に合わせて記入例を確認しながら記入ください。ただし項目4.5.8は対象者のみ記入してください。

| 被保険者証 記号 | 被保険者証 番号 | 被保険者氏名 (以下、Aと表す) | | 申請年月日 | |
|---|----------|-----------------------------|-------|-----------------------------|---------------|
| | | | | 令和 | 年 月 日 |
| 申請対象者氏名 (以下、B) | | Bの生年月日 | | Bの年齢 | Bの続柄 |
| | | <input type="checkbox"/> 昭和 | 年 月 日 | | |
| | | <input type="checkbox"/> 平成 | | <input type="checkbox"/> 学生 | |
| | | <input type="checkbox"/> 令和 | | | |
| 1. 申請事由 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> Aの入社 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 失業給付受給終了 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | |
| 事由発生年月日 令和 年 月 日 | | | | | |
| 2. Bがこれまで加入していた健康保険 (健康保険組合・共済組合に加入していた場合、組合名の記入と被保険者、被扶養者に <input checked="" type="checkbox"/>) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 国民健康保険に加入 | | | | | |
| ※ <input type="checkbox"/> 健康保険組合に (健康保険組合名:) <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者) として加入 | | | | | |
| ※ <input type="checkbox"/> 共済組合に (共済組合名:) <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者) として加入 | | | | | |
| ※ <input type="checkbox"/> 健康保険の任意継続に (<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者) として加入 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 未加入状態 (無保険) (年 月 日 から未加入) | | | | | |
| ※で被扶養者として加入していた場合 被保険者氏名 () Bとの続柄 () | | | | | |
| 3. 医療費助成の有無 (市町村などによる公費負担医療費) 及び助成の種類 (医療費助成有りの場合は助成の種類に <input checked="" type="checkbox"/>) | | | | | |
| 医療費助成の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 所得制限により助成無し | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 子ども(乳幼児)医療費助成 <input type="checkbox"/> 障害者医療費助成 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療費助成 <input type="checkbox"/> 特定疾患医療費助成 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | |
| 4. 別居の理由、別居の仕送り (単身赴任、学生、長期入院の場合、仕送り方法と仕送り金額の記入は不要) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Aの単身赴任 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 長期入院 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | |
| 仕送り方法 <input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 現金書留 <input type="checkbox"/> 自動送金 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他 () 仕送り金額 円/月 | | | | | |
| 5. Bの配偶者について (配偶者以外の者を扶養する場合に記入、無しの場合は現況、有りの場合はBの配偶者の収入を記入) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 無 現況 (<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別→遺族年金 <input type="checkbox"/> 受給有 <input type="checkbox"/> 受給無 <input type="checkbox"/> 申請中) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 有 Bの配偶者の収入 円/年 | | | | | |
| 6. 生計維持関係について ※申請対象者の続柄によって記入方法が異なりますので、記入例をご確認ください。 | | | | | |
| Bの生計費 (月額) 円 | | | | | |
| Bの負担金額 (月額) 円 | | | | | |
| Aの負担金額 (月額) 円 | | | | | |
| A以外のBの家族構成と生計費の負担金額について (同居を含めた兄弟姉妹など全家族) | | | | | |
| 氏名 | 続柄 | 生計費の負担金額 (月額) | 氏名 | 続柄 | 生計費の負担金額 (月額) |
| | | 円 | | | 円 |
| | | 円 | | | 円 |
| | | 円 | | | 円 |
| Aが生計費を最も多く負担しなければならない理由を記入してください | | | | | |
| () | | | | | |

| 7. Bの収入について（その他収入の場合、収入の内容を記入、複数の収入がある場合は該当する箇所すべてに☑） | | 収入内訳 | 年間収入額（申請時から12か月分） | |
|---|--------------------------|-------------------------|---|---|
| ☐ 収入有り | <input type="checkbox"/> | 給与収入（アルバイト・パート・その他） | 円 | |
| | <input type="checkbox"/> | 自営業収入（事業・農業・不動産・雑収入等） | 円 | |
| | <input type="checkbox"/> | 年金収入 | 老齢年金・厚生年金 | 円 |
| | | | 遺族年金（受給予定の場合も記入） <input type="checkbox"/> 申請中 | 円 |
| | | | 障害年金（受給予定の場合も記入） <input type="checkbox"/> 申請中 | 円 |
| その他（個人年金・企業年金基金など） | | | 円 | |
| ☐ 収入無し | <input type="checkbox"/> | 失業給付金 | 年 月 日 ～ 年 月 日 日額 円 | |
| | <input type="checkbox"/> | 出産手当金 | 年 月 日 ～ 年 月 日 日額 円 | |
| | <input type="checkbox"/> | 育児休業給付金 | 年 月 日 ～ 年 月 日 日額 円 | |
| | <input type="checkbox"/> | 傷病手当金 | 年 月 日 ～ 年 月 日 日額 円 | |
| | <input type="checkbox"/> | 休業補償費 | 年 月 日 ～ 年 月 日 日額 円 | |
| | <input type="checkbox"/> | その他収入（雑収入・利子配当金等） 内容（ ） | 円 | |
| | 合計金額 | | | 円 |

8. 失業給付について（過去2年以内に退職し、失業給付の受給手続きをしていない場合に記入）

Bの就業期間中の雇用保険の加入について 加入 未加入

雇用保険加入の場合

失業給付を受給しない

失業給付を受給する → 受給手続き予定日 年 月 日

失業給付の受給延長（病気・出産等の理由により） → 出産の場合、出産予定日 年 月 日

離職票の発行有無 有（発行予定を含む） 無

※失業給付受給の有無に限らず、離職票が発行される場合は、必ず健保に「離職票1と2」の原本をご提出ください。
内容確認しましたら、すぐにご返却いたします

9. 確認書

このたび、日本ガイシ健康保険組合の被保険者の被扶養者として申請するにあたり、申請対象者は「被扶養者の認定条件」を満たしていることを確認しましたので当該届出を申請します。尚、この申請に相違があった場合は、被扶養者としての認定を遡って取り消し、医療費等の保険給付を返還いたします。また、収入条件を超える恐れがある場合は、事前に手続きをいたします。

| | |
|---|--|
| <p>【被扶養者の主な認定条件】</p> <p>主として被保険者の収入により生計維持されていること、かつ年間収入が130万円未満であること。</p> <p>但し、60歳以上の者または障害者の場合は180万円未満</p> <p>※別居の場合は仕送りの証明書類が必要です。</p> <p>※その他にも条件がありますので必ずご確認をお願いします。</p> | <p>令和 年 月 日</p> <p>申請対象者（B）</p> <p>被保険者（A）</p> |
|---|--|