

# 【 被 扶 養 者 現 況 調 査 票 】

私（ ）は以下の対象被扶養者について本調査票の内容に虚偽がないことを誓約します。

提出後、扶養状況に変更があった場合は速やかに届出ます。届出義務を怠ったり、事実と異なる届出を行い、被扶養者資格がない場合は遡って資格取消を受け、ダイヘン健康保険組合が負担した療養費及び給付金の全てを返戻することを誓約いたします。

記入日：(和暦) 令和 年 月 日

被 保 険 者	記号	番号	氏 名		電 話					
	住 所				□会社都合による単身赴任					
対 象 被 扶 養 者 に つ い て	氏 名				生年月日		性 別		続 柄	
	職 業 等	<input type="checkbox"/> ①給与所得者 <input type="checkbox"/> ②自営業 <input type="checkbox"/> ③無職 <input type="checkbox"/> ④学生 <input type="checkbox"/> ⑤その他	住 所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ住所 <input type="checkbox"/> 被保険者と別の住所	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">           〒 -         </div>					
		別居の場合		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">             仕送り額※           </div> 年間 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">             万円           </div>	直近3か月の振り込み証明書をご提出願います。 ※会社都合による別居の場合は提出不要。学生の場合は別途ご相談ください。					
	被扶養者認定開始希望日		年 月 日		理由					
	▼以下の項目から該当する全ての□をチェックし、必要書類を揃えて健保組合にご提出ください									
	異動事由発生時点から先1年間の見込みを記入					提 出 書 類				
	<input type="checkbox"/> 給与収入がある 年間（見込） <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">             万円           </div>					<input type="radio"/> 労働契約書の写し 契約書がなければ直近3か月分の給与明細写し ＊所得証明書原本及び住民税通知書の写しでも可				
	<input type="checkbox"/> 各種年金収入がある 年間（見込） <input type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> その他（ ） <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">             万円           </div>					<input type="radio"/> 年金の振込通知書（写）又は改定通知書（写） （いずれも最新のもの）				
	<input type="checkbox"/> 個人収入がある 年間（見込） <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 株 <input type="checkbox"/> 不動産 <input type="checkbox"/> 賃貸料 <input type="checkbox"/> その他（ ） <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">             万円           </div>					<input type="radio"/> 直近3年分の確定申告書(控)の写し、又は青色申告決算書の写し <input type="radio"/> 収入内訳書写し <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 20px;">             どちらも提出必要           </div>				
	<input type="checkbox"/> 異動事由以前からずっと無職である 平成・令和 年 月から無職					<input type="radio"/> 所得金額欄に記載省略のない¥0 表記のある 所得証明書 及び非課税証明書				
	<input type="checkbox"/> 勤めていた職場を退職した 退職年月日 平成・令和 年 月 日					<input type="radio"/> 離職票Ⅰ・Ⅱ及び雇用保険被保険者証の写し （離職票が出ない場合は退職証明書等）				
	<input type="checkbox"/> 手当(失業給付・傷病手当 等)受給している <input type="checkbox"/> 失業給付受給 年間（見込） <input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> その他（ ） <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">             万円           </div>					<input type="radio"/> ＊いずれか該当するものの写しを提出 <input type="radio"/> 失業給付受給者は雇用保険受給者証全面写し、 期間延長している場合は受給期間延長通知書写し <input type="radio"/> 支給決定通知書写し（傷病手当・出産手当の場合）				
<input type="checkbox"/> 現在学生である 入学年月日 平成・令和 年 月 日					<input type="radio"/> 在学証明書（各種学校が発行）もしくは 学生証の写し（氏名・学校名・有効期限明記）					
<input type="checkbox"/> 障害者手帳を持っている					<input type="radio"/> 手帳の写し（収入基準が180万円未満に変わる）					
<input type="checkbox"/> 養育費をもらっている 年間（見込） 平成・令和 年 月から <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">             万円           </div>					<input type="radio"/> 入金額がわかる通帳の写し 等					
<input type="checkbox"/> その他継続的な収入が見込まれる					<input type="radio"/> 健保組合から必要書類を連絡いたします。					

※出生に伴う扶養申請の場合チェックは不要、申請理由を【出生のため】とご記入の上ご提出ください。

※必要に応じて追加で書類のご提出をお願いする場合や、確認のご連絡をさせていただく場合があります。