

被扶養者現況届（全2ページ）

1/2ページ

大建工業健康保険組合 御中

常務理事	事務長	係

満16歳以上の(22歳以下の高校生・大学生を除く)申請する家族1人につき1部ずつ作成してください。

注意:22歳以下の学生は被扶養者現況届は提出不要。大学生の場合は在学証明書(原本)をご提出下さい(高校生以下は提出不要)

この届に記入された内容は、当健康保険組合の被扶養者認定以外の目的には使用致しません。全ての質問に正確に記入してください。

未記入・無回答及び提出書類に不備があった場合、扶養認定審査が遅れますのでご注意ください。

被 保 険 者	記号-番号	—	配偶者の 有無	□有（大建健保に加入・他健保に加入）・□無（未婚・離別・死別）	
	社員番号			配偶者以外の申請において、配偶者が当健保の加入者ではない時、配偶者の直近の源泉徴収票コピーもしくは直近の所得証明書をご提出下さい。	
	氏 名	自署		住 所	〒 —

※ 書類をご提出頂いても生計維持関係を審査の後、被扶養者と認められない場合がございます。ご了承ください。

★被扶養者として申請する方について

認 定 対 象 者	氏 名(フリガナ)	年齢	続柄	職業	配偶者の有無	被保険者と同居の有無
		歳			☐ 有 ☐ 無(☐ 死別 ☐ その他)	☐ 同居 ☐ 別居
	生年月日: 年 月 日(歳) 性別: 男 ・ 女					
	健康保険加入の有無 ☐ 加入している : 保険者名() ☐ 加入していない					
	① 申請理由について					
	☐ 退職(退職日・廃業日) 令和 年 月 日					
	☐ 収入の減少(いつからか) 令和 年 月 日 (年間約 万円から 万円の減少)					
	☐ 結婚(婚姻日) 令和 年 月 日					
	☐ 被保険者の入社・再雇用の為 令和 年 月 日					
	☐ その他 → 理由(詳しくご記入下さい):					
	② 最終職歴について(過去1年間)					
	勤務先名 : 【 会社名: 】 退職年月日: 年 月 日					
	勤務期間: 年 月 日 ~ 年 月 日迄					
	退職理由 :					
	勤務先名 : 【 会社名: 】 退職年月日: 年 月 日					
	勤務期間: 年 月 日 ~ 年 月 日迄					
	退職理由 :					
雇用保険失業給付等受給の有無 : ☐ 有り ☐ 無し (詳細は「雇用保険受給内容確認書」をご記入後ご提出下さい)						

認 定 対 象 者	③ 申請対象者の現在の収入とその内訳					
	☐ 給与収入	●時給	円×月間労働時間×12か月＝	円／年	年収約	万円
	(パート・アルバイト・内職等で収入有)	●日給	円×月間労働時間×12か月＝	円／年	年収約	万円
	☐ 事業収入(自営業)	●業種〔	〕		年収約	万円
	☐ 年金収入 → 老齢・厚生・共済・遺族・障害年金等、企業年金、その他()					
	上記、該当するものにマルをつけ、年金収入の合算を記入してください →				年収約	万円
	☐ 不動産収入等				年収約	万円
	☐ 傷病手当金	☐ 出産手当金	(令和 年 月 日: ☐ 出産・ ☐ 予定)受給中又は手続き中		年収約	万円
	☐ その他(				年収約	万円
	☐ 無収入(勤務予定なし)					
	◆ 収入の総合計(年額)		万円 ◆			
	④ 申請する被扶養家族と別居している場合 (★は同居の場合も配偶者と子以外の方はご記入下さい)					
別居している理由:						
毎月の仕送り額:		万円	※手渡し不可。公的な証明書類(銀行振込等)6か月分添付の事。			
★認定対象者の1か月の生計費 : 万円 (← 同居の場合もご記入下さい。配偶者、子を除く)						
今回申請する扶養家族と同居の家族 (↓有りの場合は扶養家族から見た全ての氏名、続柄、年収をご記入下さい)						
☐ 無し ☐ 有: →・氏名:		(続柄:)	(年収: 万円)	・氏名:	(続柄:) (年収: 万円)	
・氏名:		(続柄:)	(年収: 万円)	・氏名:	(続柄:) (年収: 万円)	
・氏名:		(続柄:)	(年収: 万円)	・氏名:	(続柄:) (年収: 万円)	
⑤ 住居状況(本人含む)						
☐ 持ち家(名義人氏名:		)	☐ 借り家(家賃月額:	万円)	同居家族数: 人	

誓約書

- ・被扶養者に認定基準額130万円/年(60歳以上の年金受給者・障害年金受給者は180万円/年)以上の収入が生じた場合、又は生計維持関係がなくなる等、扶養の事実がなくなった場合は直ちに被扶養者削除の手続きを致します。
- ・認定後、当組合から「仕送りの事実に関する証明書」の求めがあった場合、その都度提出致します。提出が出来ない場合は被扶養者削除の手続きを致します。
- ・上記申告と事実と相違があった場合、**被扶養者認定日に遡って被扶養者の資格を削除し、医療費・保険給付金等全額返還致します。**

令和 年 月 日

被保険者氏名(自署)