

被扶養者（家族）現況届

(新規扶養する際に「健康保険被扶養者(認定)異動届」とセットで提出してください。)

保険者証・番号	被保険者名(本人)
1	健保 一郎

記載できる部分はすべて記載してください。記載が無い場合は扶養認定できない場合があります。

1. あなた「被保険者(本人)」の収入等を記入ください。(扶養家族の年間収入は、被保険者(本人)の年収の2分の1未満であることが必要です)

収入合計 (年 額)	※1. 事業主側で記入・証明して下さい。 ※2. 非課税支給を含む「総支給額」で記入して下さい。 ※3. 証明する月以降の1年間の見込額で記入して下さい 5,000 千円 / 年額(見込) 「任意の方は前年の所得証明書を添付」	年間仕送り金額 ※対象者別に記入	①	(申請する家族が別居の場合のみ記入してください) 千円 / 年額 「別居家族の生計維持関係申告書(送金証明書)を添付」
			②	(申請する家族が別居の場合のみ記入してください) 千円 / 年額 「別居家族の生計維持関係申告書(送金証明書)を添付」

2. あなた「被保険者(本人)」の家族状況を記入ください。(申請家族に収入がある場合は、5番の収入合計と同額です)

申請家族及び同居家族の氏名	続柄 (妻・長男・長女等)	年齢	職業 (会社員・自営業・学生・無職等)	区 分 同居 別居	年間収入見込額(収入は交通費を含む総支給額を記入ください)			
					年間収入見込額 給与支払金額 (総収入額)	年金収入額(年間) 遺族年金・障害年金含む (介護保険料控除前)	その他(年間) 確定申告額等 (所得金額)	*収入合計(年間) 収入がない場合0円と記入
① 健保 花子	妻	29 歳	会社員	同居・別居	1,500 千円	0 千円	0 千円	0 千円
② 健保 太郎	長男	0 歳	無し	同居・別居	0 千円	0 千円	0 千円	0 千円
③		歳		同居・別居	千円	千円	千円	千円
④		歳		同居・別居	千円	千円	千円	千円
⑤		歳		同居・別居	千円	千円	千円	千円

3. あなた「被保険者(本人)」及び申請対象者の方についてお伺いします。*家族の扶養は、主たる生計者が扶養することが優先となります。
(同居家族で、扶養できる方(兄弟等)が複数いる場合は、所得証明が必要です)

申請対象者が お子様の場合記入ください	*あなた(被保険者)に配偶者はいますか？(夫婦とも収入がある場合は、年間収入が多い方の扶養となります) 1. ☒ いる → 配偶者の収入(□なし・ ☒ ある → 勤務先より収入(見込)証明書を取得し添付して下さい) 2. ☐ いない(理由を選択ください) a. 離婚 年 月 日 b. 死別 年 月 日 c. 未婚 a. 離婚の場合記入ください 養育費 ☐ 有 ☐ 無 (「有」の場合はその月額 円)	提出証明書類(コピー可)
申請対象者が・父・母・祖父・祖母・養父・養母の場合のみ記入ください	*その方に配偶者はいますか？ 1. ☐ いる*配偶者の被扶養者となることが優先されますので基本的には認定できませんのでご注意ください (申請に至った理由： 2. ☐ いない①離婚(離婚年月日： 年 月 日) ②死別(遺族年金はありますか？) a. 有 b. 無(理由：)	別紙「被扶養者認定に必要な書類一覧表」を参照して下さい

4. 申請対象者が「仕事を退職した場合」及び「給付金の受給が終了した場合」にご記入ください。

※退職証明書を前勤務先フォーマットで作成する場合は、就職年月日・雇用保険加入状況・退職理由も追記ください

区 分	事 項 の 詳 細	提出証明書類(コピー可)
退 職 日	・退職日:2024年 6月 30日 ※申請者が退職の場合 会社名: 新武雄病院 Tel	
休業補償関係 (該当項目に記入ください)	各種給付金がありますか？(a. ☒ 有 b. 無) いずれかに○印をつけてください ・雇用保険 ・労災保険 ・傷病手当金 ・出産手当金 ・公務員退職手当金 上記給付金の受給期間 (2024年 12月 1日 ~ 年 月 日)	別紙「被扶養者認定に必要な書類一覧表」を参照して下さい

5. 申請対象者の現在収入について、該当(1～7)するところ全てを記入ください。(原則、申請対象者18歳以上の方が対象です。対象者別に起票して下さい。)

1.収入	いずれかに○印をつけてください (注)対象者が複数いる場合は、現況届5番のみ複数枚申請必要 (※退職後、申請の方は、退職後の収入の有無を選択ください→②無の場合は証明書類は不要です) 1. 有 (2番以降の記入と証明書類が必要です) 2. 無 (2番以降の記入は不要ですが、証明書類が必要です) 収入がない理由: 1. 学生のため 2. その他(理由: 失業保険の受給前のため)		別紙「被扶養者認定に必要な書類一覧表」を参照して下さい
2.勤労収入 (パート等)	(注)④年間見込額欄は給与(見込)証明書の合計(1年間支給予定額)を記入ください ①勤務開始日: 2024年 6月 1日 ※申請者が収入がある場合 ②勤務日数・時間: 12日/月 4時間/日 ③収入額: 50,000 円/月 (税控除前の総支給額で直近3ヶ月の平均、交通費も含む) ④年間見込額: 600,000 円/年間 * (注)給与(見込額)証明書添付必要 ※年間収入は130万円未満(60歳以上は180万円未満)であること		
3.事業所得 自営業	①営業場所(住所): ②業種内容: 年間収入額: 円/年		
4.その他	1. 不動産 2. 配当金 3. 家賃 4. その他() 年間収入額: 円/年		
5.年金/恩給	該当する年金の全てに○をつけてください 厚生・国民・共済・障害・遺族・恩給・その他() 総収入合計: 円/年 年金受給対象年齢の方で 年金が無い場合 理由:		
6.その他	①収入明細(一時所得等詳細を記入ください): ②収入額: 円/年間		
収入合計(年間) *2～7までを合計してください			円

*証明書の有効期限は、作成日より3ヶ月以内のものに限ります。コピーでも対応可能です。必要に応じて他の証明書類を提出頂く場合があります。

扶養しなければならない理由
例) 出生のため
例) 親と同居していて、親の収入が180万円未満のため
例) 子供が離職し、失業保険受給まで収入がないため
例) 子供が学生のため
※記入欄が不足する場合は、適宜の用紙に記入し添付して下さい。

以上、被扶養者として申請する内容に虚偽がないことを申告致します。
申請内容が虚偽であることが判明した場合は、被扶養者の資格を取り消し、その間に健康保険組合が支払った医療費を返納することを誓約致します。

令和 年 月 日
被保険者氏名: 印