

被扶養者現況届

記号・番号	被保険者氏名	被扶養者氏名	生年月日	続柄	⑥ 今まで加入していた健康保険に☑してください【必ずご記入ください】
1 — 2345	健保 一郎	健保 花子	H2.3.3	妻	☒ 全国保険協会 ☐ 健保組合 ☐ 共済組 ☐ 国民健康保険・その他 ・被扶養者だった場合は下記に記入してください（誰） 年 月 日 まで が加入の被扶養者だった
① 申請する理由【必ずご記入ください】					⑦ 任意継続の有無【⑥で該当する場合のみ】
☐ 被保険者が就職したため ☐ 被保険者が任意継続したため ☒ 被扶養者が退職したため ☐ 被扶養者の収入が減少したため ☐ 雇用（失業）保険の ☐ 受給終了 ☐ 受給延長中 のため ☐ 結婚したため 令和 年 月 日 ☐ その他 具体的に（ ）					☐ 有 ・ ☒ 無 （有の場合は下記に記入してください） 資格喪失日 令和 年 月 日 ⑧ 公的年金の有無【必ずご記入ください】 ☐ 有 ・ ☒ 無 （有の場合は下記に記入してください） 1ヶ月当たり（ ）円 注：企業年金・個人年金・恩給等も含みます
② 被扶養者の現在の勤務【必ずご記入ください】					⑨ 収入の有無【必ずご記入ください】
☐ 有 ・ ☒ 無 （有の場合は下記に記入してください） ☐ 正社員 ☐ 契約社員 ☐ パート ☐ アルバイ ☐ その他（ ） 入社年月日 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日					☐ 有 ・ ☒ 無 （有の場合は下記に記入してください） ☐ 勤労収入（給与等） ☐ 副業収入 ☐ 不動産収入 ☐ その他（ ） 1ヶ月当たり（ ）円
③ 被扶養者の過去の勤務歴（過去5年程度）【必ずご記入ください】					⑩ 主として被保険者の収入で生計を維持していますか【必ずご記入ください】
☒ 有 ・ ☐ 無 （有の場合は下記に記入してください） 勤務先会社名 株式会社〇〇 勤務先所在地 大阪市東淀川区 退職年月日 ☐ 平成 ☒ 令和 2 年 11 月 30 日 勤続年数 7 年 8 ヶ月					☒ はい ・ ☐ いいえ
④ 退職理由【③が有の場合のみ】					⑪ 被保険者の兄弟姉妹について【被扶養者が父母の場合のみ】
☐ 定年による退職 ☒ 自己都合による退職 ☐ 疾病による退職（下記に記入してください） ・傷病手当金の有無 ☐ 有 ・ ☐ 無 ・受給期間 月 日 ～ 月 日 ・受給金額 円 ☐ 出産による退職（下記に記入してください） ・出産手当金の有無 ☐ 有 ・ ☐ 無 ・受給期間 月 日 ～ 月 日 ・受給金額 円 ・出産日または出産予定日 令和 年 月 日 ☐ その他（ ）による退職					氏名 年齢 続柄 職業 同居 ・ 別居 氏名 年齢 続柄 職業 同居 氏名 年齢 続柄 職業 同居 氏名 年齢 続柄 職業 同居
⑤ 雇用（失業）保険の有無【③が有の場合のみ】					⑫ 父母へ援助の有無【被扶養者が父母の場合のみ】
☒ 有 ⇒ ☐ 受給中・受給手続き済（基本手当日額： ）円 ☒ 受給予定・受給延長 ※受給延長の場合は受給延長通知書を提出 ☐ 受給終了 令和 年 月 日終了 ☐ 無 ⇒ ☐ 受給資格な理由（ ） ☐ 受給放棄 ※ハローワークにて受給放棄の手続きをしてください 注：60歳未満の方は基本手当日額3,612円、60歳以上の方は5,000円未満であること ※裏面の注意事項参照の上、ご記入ください					☐ 有 ・ ☐ 無 （有の場合は下記に記入してください） 被保険者 1ヶ月当たり（ ）円 続柄（ ） 1ヶ月当たり（ ）円 続柄（ ） 1ヶ月当たり（ ）円
					⑬ 被扶養者へ仕送りの有無【被扶養者が別居の場合のみ】
					☐ 有 ・ ☐ 無 （有の場合は下記に記入してください） 1ヶ月当たり（ ）円 ※現金書留引受書・銀行の振込通知書等を添付してください（せん）
					⑭ 被保険者は、被扶養者の生計費をどの程度負担していますか【必ずご記入ください】
					☒ 100% ・ ☐ 80%以上 ☐ 50%以上 ☐ 30%以上 ☐ 30%未満 注：被扶養者の収入と同額の場合は50%となります 令和 2 年 12 月 5 日
					大阪金属問屋健康保険組合 理事長 殿 記載の通り相違ありません。 内容が事実と相違していた場合は、申請時に遡及し扶養の取消が行われても異議申し立てしません。 また、その間に健康保険組合が負担した医療費や給付金は返還いたします。
					健保 一郎
					被保険者氏名