

健康保険 被扶養者現況表 (表)

◆黄色い欄が必須入力項目です。不備のあった場合は、再記入をお願いします。

◆緑の欄は申請者の状況によって必須となる入力項目です。

紙ベースの本書類に記入されている方へ：
裏面も必ずご記入ください
(エクセルに記入されている方はご放念ください)

①申請者(社員)の情報をご記入ください

社員番号		被保険者氏名		配偶者の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険証記号		保険証番号	
------	--	--------	--	--------	---	-------	--	-------	--

②被扶養者になる方(認定対象者)の情報をご記入ください

氏名		続柄		年齢		歳	同居/別居	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
直近まで加入していた健康保険	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※1	※1 無にチェックした場合、出生児は出生の日、その他の場合は本申請書の申請日の前々月1日が認定日となります。(入社時の扶養追加の場合は、入社日が認定日となります。)						
	有の場合、以下の該当するものにチェックをし、その名称を記入してください。							
	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 ※2	<input type="checkbox"/> 加入中	※2 国民健康保険に加入中の場合、本申請書の申請日の前々月1日が認定日となります。(入社時の扶養追加の場合は、入社日が認定日となります。)					
	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会	<input type="checkbox"/> 健康保険組合	<input type="checkbox"/> 共済組合	<input type="checkbox"/> 本人として加入	<input type="checkbox"/> 家族として加入	直近の退職日		
組合名称						年	月	日
被扶養者となる方の配偶者の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	無の場合、以下の該当するものにチェックしてください。						
理由	<input type="checkbox"/> 死別	<input type="checkbox"/> 離別	<input type="checkbox"/> その他	()				
申請理由の詳細 ※3 ※具体的に記載してください	※3 被扶養者異動届の「扶養を始めた理由」について、補完する事情がある場合に記入してください。							
配偶者を扶養追加する場合の配偶者の年金手帳提出について	<input type="checkbox"/> 配偶者が日本に居住することが初めてのため、年金番号を取得していません。							

③被扶養者になる方(認定対象者)の収入状況をご記入ください。

<input type="checkbox"/> 海外に居住していたため、(非)課税証明書を提出することができません											
パート・アルバイトによる収入	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										
	有の場合、1ヵ月あたりの合計金額		円								
失業給付 ※4	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 給付終了 <input type="checkbox"/> 受給期間延長 <input type="checkbox"/> 待機/給付制限期間中										
	有の場合、1ヵ月あたりの合計金額		円	※4 退職後1年以内で「無」の場合、理由の記載が必須です。							
	無の場合、その理由										
年金 ※5	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中	※5 60歳以上で「無」の場合、理由の記載が必須です。									
	有の場合、1ヵ月あたりの合計金額	0	円								
	内訳	老齢年金		円							
		障害年金		円							
		遺族年金		円							
その他			円								
無の場合、その理由											
社会保険給付	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										
	有の場合、1ヵ月あたりの合計金額		円								
	内訳	傷病手当金	受給期間	年	月	日	~	年	月	日	円
		出産手当金	受給期間	年	月	日	~	年	月	日	円
		労災保険の休業補償	受給期間	年	月	日	~	年	月	日	円
その他		受給期間	年	月	日	~	年	月	日	円	
その他の収入(家賃など)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										
	有の場合、1ヵ月あたりの合計金額		円								
	有の場合、種類										
被保険者以外からの送金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										
	有の場合、1ヵ月あたりの合計金額		円								
	有の場合、送金者の続柄										
収入合計	1ヵ月あたりの合計収入		円								

④被保険者と被扶養者になる方（認定対象者）が別居の場合ご記入ください。
（被保険者が単身赴任者である場合は、同居とみなされるため記入は不要です。）

被保険者からの送金 ※6	1ヵ月あたりの合計金額		円
	送金方法にチェックをしてください。 ※7		
	<input type="checkbox"/> 銀行（郵便）振込 <input type="checkbox"/> ネットバンキング <input type="checkbox"/> 現金書留		

※6 被保険者本人が単身赴任により別居している場合、被扶養者になる方が被保険者との同居要件を問われない続柄であり、かつ被保険者の配偶者等と同居している場合は、送金の証明は必要ありません。

※7 被扶養者になる方への送金の事実がわかる証明書の添付が必要となります。（預金通帳コピー、振込依頼書(ATM可)のコピー）

⑤被扶養者になる方と被保険者が『同居』の場合の家族構成（同居している家族全員を記入してください）

氏名	続柄	職業	年間収入	備考
被保険者				
			円	

⑥被扶養者になる方と被保険者が『別居』の場合の家族構成（認定対象者が同居している家族全員を記入してください）

氏名	続柄	職業	年間収入	備考
			円	

以上