

被扶養者現況届

被保険者ご自身がご記入ください。

年 月 日現在

下記の記入事項は事実と相違ありません。なお、記入事項が事実と異なる場合は、被扶養者の資格を削除または取消されることについて、一切異議申し立ていたしません。

被保険者氏名：

認定対象者氏名：

申請理由	<p>該当項目を全て詳細にご記入ください。</p> <p><input type="checkbox"/> 離職 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 無職 (いつ頃から)</p> <p><input type="checkbox"/> 結婚 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 離婚 (年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/> 収入減少 (年 月 日より勤務体系変更) <input type="checkbox"/> 被保険者の就職</p> <p><input type="checkbox"/> 雇用保険受給終了 (年 月 日支給終了)</p> <p>その他理由：</p>	前職・前健保	<p>現在健康保険に加入していますか。 ※任意継続被保険者も含む</p> <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ(_____ 支部) <input type="checkbox"/> 千葉県農協健保</p> <p><input type="checkbox"/> 健保・共済組合等の健康保険組合 (名称： _____)</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 千葉県農協健保に加入申請中のため <input type="checkbox"/> その他 (_____)</p> <p>最終の職業または勤務先 (_____)</p> <p>退職年月日及び勤続年数 (年 月 日 / 年 ヶ月)</p> <p>退職時の健康保険の種類 (健保組合・協会けんぽ・共済組合・国保・その他： _____)</p>									
認定対象者の収入に関する事項	<p>給与等の収入はありますか。</p> <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> ⑦ 給与 月収 円 ・ 賞与 円 × 回 時給 円 (時間/日) (回/月)</p> <p>※直近3ヶ月の給与明細の写し(賞与明細を含む)を添付してください。</p> <p><input type="checkbox"/> ⑧ 利子・農業 円/年 <input type="checkbox"/> ⑨ 家賃・賃貸 円/年</p> <p>※直近の確定申告書(損益計算書を含む)の写しを添付してください。</p> <p><input type="checkbox"/> ⑩ 児童扶養手当 円/月 <input type="checkbox"/> ⑪ 養育費 円/月</p> <p><input type="checkbox"/> ⑫ 奨学金 円/月 <input type="checkbox"/> ⑬ その他 () 円/月</p> <p>※児童扶養手当証書の写しまたは金額の分かるものを添付してください。</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>年金等を受給していますか。</p> <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 老齢年金 円/年 <input type="checkbox"/> 遺族年金 円/年</p> <p><input type="checkbox"/> 障害年金 円/年 <input type="checkbox"/> 個人年金 円/年</p> <p><input type="checkbox"/> 労災年金 円/年 <input type="checkbox"/> 農業者年金 円/年</p> <p><input type="checkbox"/> その他 () 円/年</p> <p>※直近の年金改定通知書または年金支払通知書の写し等を添付してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 受給手続中 ※年金見込額の方のものを写しを添付してください。</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>雇用保険(失業保険)を受給していますか。</p> <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 受給中・受給予定 → 日額 円</p> <p>※雇用保険受給資格者証(両面)の写しを添付してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 受給延長(予定を含む) → 理由：出産・育児・傷病・その他()</p> <p>※受給期間延長通知書の写しを添付してください。</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 受給しない(就労しないため受給権を放棄する)</p> <p>※法第4条第3項不該当の証明書の写しを添付してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 受給資格がない(被保険者期間1年未満)</p> <p>※雇用保険資格喪失確認通知書の写しを添付してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 雇用保険未加入</p> <p>※給与明細の写しを添付してください。</p> <p>その他の休業給付等を受給していますか。</p> <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> 労災休業補償</p> <p>※支給決定通知書の写しを添付してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 申請中 ※健保・労基署等の名称 (_____)</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p>	居住・生活費	<p>認定対象者に配偶者はいますか。</p> <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> その他(認定対象者から見た続柄： _____)</p> <p>年齢 (歳) 職業 (_____) 年収 (円)</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 離別(離婚日： 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未婚</p> <p><input type="checkbox"/> 死別(死亡日： 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他 (_____)</p> <p>認定対象者の居住の状況について教えてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 持家(所有者名義： _____)</p> <p><input type="checkbox"/> 借家(家賃支払者： _____) 家賃 円/月</p> <p>水道光熱費(支払者： _____) 計約 円/月</p> <p>認定対象者が負担している生活費を教えてください。 ※生活していくうえで必要な経費(貯金・保険掛金等は除く)</p> <p><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 生活費負担額 円/月 詳細： _____</p> <p>認定対象者は被保険者以外の方より生計費の援助を受けていますか。</p> <p><input type="checkbox"/> はい 送金 円 × 回/年 続柄： _____ ※被保険者から見た続柄</p> <p>送金 円 × 回/年 続柄： _____</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p>									
同居の家族構成	<p>認定対象者以外 の同居の家族構成教えてください。 ※世帯別でも同一住所の方を含む ※被保険者から見た続柄</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%;">被保険者</td> <td style="width:50%;">給与以外の収入 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</td> <td style="width:40%;">生活費負担額 円/月</td> </tr> <tr> <td></td> <td>年金 円/年 ・ 児童扶養手当 円/月</td> <td>詳細：食費・日用品・通信費・学費</td> </tr> <tr> <td></td> <td>その他 (_____) 円/年</td> <td>全て・その他 (_____)</td> </tr> </table> <p>続柄： 無職・パート・アルバイト・年金・農業・(_____) 生活費負担額 円/月</p> <p>年収 円 (内訳： _____) 詳細： _____</p> <p>続柄： 無職・パート・アルバイト・年金・農業・(_____) 生活費負担額 円/月</p> <p>年収 円 (内訳： _____) 詳細： _____</p> <p>続柄： 無職・パート・アルバイト・年金・農業・(_____) 生活費負担額 円/月</p> <p>年収 円 (内訳： _____) 詳細： _____</p> <p>続柄： 無職・パート・アルバイト・年金・農業・(_____) 生活費負担額 円/月</p> <p>年収 円 (内訳： _____) 詳細： _____</p> <p>続柄： 無職・パート・アルバイト・年金・農業・(_____) 生活費負担額 円/月</p> <p>年収 円 (内訳： _____) 詳細： _____</p>	被保険者	給与以外の収入 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	生活費負担額 円/月		年金 円/年 ・ 児童扶養手当 円/月	詳細：食費・日用品・通信費・学費		その他 (_____) 円/年	全て・その他 (_____)	別居	<p>【下記質問は被保険者と認定対象者が別居している場合に記入してください。】</p> <p>被保険者は、認定対象者に送金等の援助をしていますか。 ※原則手渡しは認められません。</p> <p><input type="checkbox"/> はい 送金 円 × 回/年 ※金額が分かるものの写しを添付してください。</p> <p>学費 円 × 回/年</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p>
被保険者	給与以外の収入 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	生活費負担額 円/月										
	年金 円/年 ・ 児童扶養手当 円/月	詳細：食費・日用品・通信費・学費										
	その他 (_____) 円/年	全て・その他 (_____)										