【「健康保険被扶養者（異動）届」の添付書類】

常務理事	事務長	担当者

健康保険　扶養状況届

令和　　年　　月　　日提出

被保険者	保険証の記号・番号	社員番号	フリガナ	
	－		氏名	

この届は被扶養者の認定を受ける為に必要な調査書ですので、事実に基づき詳細にご記入ください。

申請対象者氏名	性別	続柄	生年月日	住所
フリガナ	男・女		S/H　年　月　日	

現在加入の健康保険	未加入の場合　→　最終健康保険資格喪失日：　平成・令和　　年　　月　　日
1. 国民健康保険　2. 組合健保　3. 共済組合　4. 政管健保 5. 任意継続保険　6. 未加入　7. その他（　　）	

申請対象者の現在の収入について、収入状況、該当番号に〇をし、必要事項を記入してください。

		収入内訳			収入額（年間）
収入状況	□ 収入あり	1	給与収入（パート・アルバイト・その他）		円
		2	自営業収入		円
		3	年金	老齢基礎・厚生年金	円
		4		遺族年金	円
		5		障害年金	円
		6		企業基礎年金	円
		7	傷病手当金・出産手当金・休業補償等公的保障		円
		8	その他収入【　　】		円
	□ 収入なし	1	未就学児　・　学生【中学生以下】		
		2	学生【　高校生・　大学生　・　その他（　　）】		
		3	配偶者で、専業主婦（夫）		
		4	病気療養中　※傷病手当金等を受給している場合は「収入有」へ		
		5	年金受給年齢に到達しているが未受給 理　由【　　】		
		6	その他【　　】		

現在収入なしで、昨年、一昨年に給与収入があり退職している場合、該当する項目を〇で囲み、必要事項を記入してください。

過去の就労状況				
1. 退職日　平成・令和　　年　　月　　日				
2. 雇用保険の失業給付について				
① 申請予定	② 受給資格はあるが受給しない　【理由：　　】			
③ 受給中　受給日額　　円				
④ 受給終了済み	受給開始日　年　月　日	受給日額		
⑤ 受給申請済みで給付制限中	受給終了日　年　月　日	円		
⑥ 受給延長中（延長予定）　【理由：　　】				
⑦ 加入期間不足　・　雇用保険未加入　・　その他				

【申請対象者が配偶者以外のとき、同居・別居を問わずその家族を扶養する義務のある方について記入してください】
※例1：申請対象者が子の場合、あなたの配偶者　例2：申請対象者が父母の場合、あなたの兄弟姉妹全員

氏名	続柄	年齢	職業	月収	申請対象者との世帯	年間援助額
				円	同居　・　別居	円
				円	同居　・　別居	円
				円	同居　・　別居	円
				円	同居　・　別居	円

【あなたが申請対象者を扶養しなければならない理由を詳細に記入してください】

＊必ず記入してください