

健康保険被扶養者現況届

豊田自動織機健康保険組合 御中

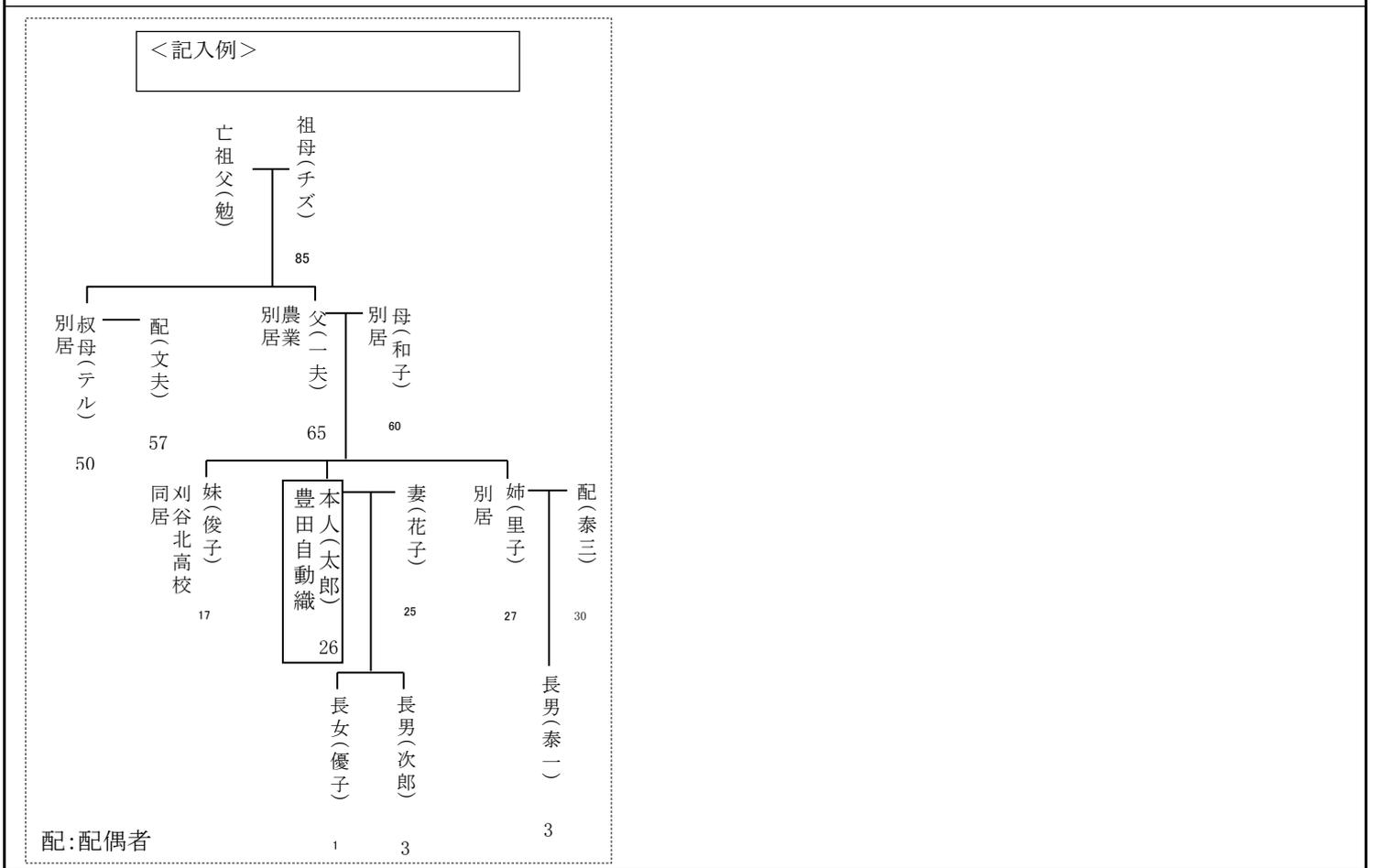
提出日 年 月 日

保険証の 記号番号	記号	番号	被保険者 氏名						
被扶養 申請者名	続柄	配偶者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死亡)						
世帯の概要 (申請者以外を全員記入) ※申請者が配偶者の場合は記入不要									
氏名	年齢	続柄	職業	勤務先	月収 (円)	現在扶養の有無	世帯		
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
被扶養申請者 現在の状況									
申請理由	<input type="checkbox"/> 被保険者の入社 (H・R 年 月 日) <input type="checkbox"/> 任意継続保健資格喪失 (H・R 年 月 日) <input type="checkbox"/> 退職 (H・R 年 月 日) <input type="checkbox"/> 雇用保険受給終了 (H・R 年 月 日) <input type="checkbox"/> 収入減 (H・R 年 月 日) <input type="checkbox"/> 自営業の廃業 (H・R 年 月 日) <input type="checkbox"/> 結婚 (H・R 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他 () (H・R 年 月 日)								
被保険者記入欄 (該当する□に✓)	<input type="checkbox"/> 2年以内退職	今までの勤務先	期間	入社	退職				
		雇用保険の状況	<input type="checkbox"/> 受給申請予定 <input type="checkbox"/> 受給資格なし <input type="checkbox"/> 受給終了 (理由:) (年 月 日) <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 受給延長 (基本手当日額: 円) (受給申請予定日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 受給資格はあるが 誓約書記入 申請しない ⇒ 誓約書 理由: ※必ず記入して下さい。(具体的に) <p style="margin-left: 20px;">被扶養申請者が失業給付を申請しないことを誓約します。 なお、後日給付申請をする場合は必ず健康保険組合に届出いたします。 被保険者 (自筆)</p>						
	<input type="checkbox"/> 2年以上無職	<input type="checkbox"/> 無収入(直近の所得証明書に収入金額が記載がある場合は、退職日が分かる書類が必要になります。) <input type="checkbox"/> 受給終了(年 月 日 受給終了) (2年以内に出産手当金・傷病手当金等を受給終了の場合)							
	<input type="checkbox"/> 就職中 (アルバイト・パート等含む)	年間収入 (非課税交通費含む)	[a]	円	勤務先				
	<input type="checkbox"/> 自営業	年間収入 (必要経費を差し引く前の総収入)	[b]	円	廃業日	H・R	年	月	日
<input type="checkbox"/> その他				年間収入	[c]	円			
今まで加入していた保険		<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 保険協会 <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 任意継続保険(喪失日 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他							
出産について	<input type="checkbox"/> 被扶養申請者が女性の場合 <input type="checkbox"/> 1年以内に退職 <input type="checkbox"/> 退職日を基準として前後6ヶ月以内に出産した → 出産日: H・R 年 月 日 <input type="checkbox"/> 退職日以後、6ヶ月以内に出産予定がある → 出産予定日: H・R 年 月 日 <input type="checkbox"/> 退職日を基準として前後6ヶ月以内の出産や出産予定はない								
収入の有無	年金・恩給	<input type="checkbox"/> ある 年額([d] 円) 種類: <input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 企業年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> その他の年金・恩給等() <input type="checkbox"/> ない 理由: <input type="checkbox"/> 受給年齢未達 <input type="checkbox"/> 加入期間不足 <input type="checkbox"/> 亡き配偶者が自営業 <input type="checkbox"/> 農業者 <input type="checkbox"/> その他()							
	社会保険給付等	<input type="checkbox"/> ある 受給日額(円) 年額([e] 円) = 日額 × 30日 × 12ヶ月 種類: <input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> 労災保険の休業補償 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> ない							
	その他の収入	<input type="checkbox"/> ある 年額([f] 円) 種類: <input type="checkbox"/> 不動産収入(家賃・地代等) <input type="checkbox"/> 投資収入(株式配当等) <input type="checkbox"/> 利子収入 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> ない							
被扶養申請者の年間総収入金額		[a] + [b] + [c] + [d] + [e] + [f] = 円							

被扶養申請者が別居している場合の概要（配偶者、子供は記入不要です。）

申請者と同居している人はいませんか？						被保険者の他に扶養義務者はいませんか？						
有 ・ 無						有 ・ 無						
氏名	年齢	続柄	職業	勤務先	月収(円)	氏名	年齢	続柄	職業	勤務先	月収(円)	
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
上記の方が扶養できない理由						上記の方が扶養できない理由						
被保険者からの仕送り額はいくらですか？（必ず通帳のコピーを添付してください。）											月額	円

家族構成図（注意事項4参照）



<注 意 事 項>

- 「収入」ありと答えた人は、収入額を証明するものを必ず添付してください。
- 添付書類が不備の場合は認定できませんので、異動届裏面の添付書類一覧を確認のうえ申請してください。
- 学生以外の申請者については、収入なしの人についても必ず無収入を証明するもの(所得証明書等)を添付してください。
- 家族構成図は被扶養申請者を「扶養する義務のある人」全員(同居、別居、問わず)の内容がわかるよう記入例に従い、正しく記入してください。
- 失業給付を申請しないと誓約書をご署名された方は、後日離職票等を提出していただきますので、大切に保管しておいてください。