

# 健康保険 被扶養者現況届

|      |     |    |
|------|-----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当 |
|      |     |    |

|                                     |                        |                                 |   |     |    |                 |           |     |   |   |         |    |   |   |         |
|-------------------------------------|------------------------|---------------------------------|---|-----|----|-----------------|-----------|-----|---|---|---------|----|---|---|---------|
| 提出日                                 | 令和                     | 年                               | 月   | 日   |    |                 |           |     |   |   |         |    |   |   |         |
| 事業所名                                |                        |                                 |   |     |    |                 | 被保険者の氏名   |     |   |   |         |    |   |   |         |
| 申請する被扶養者                            | 氏名                     | 生年月日                            | 性別  | 年齢  | 続柄 | 職業              | 税法上の家族か否か | 世帯  |   |   |         |    |   |   |         |
|                                     |                        | 昭和・平成                           | 年月日                                       | 男・女 |    |                 | 有・無       | 同・別 |   |   |         |    |   |   |         |
|                                     | 被扶養者として申請する方の住所        |                                 |   |     |    |                 |           |     |   |   |         |    |   |   |         |
| 被扶養者として申請する方の現在の状況                  | 現在の就労状況について(該当するものを選択) |                                 | 働いていた(年月まで) ・ 働いていない ・ 働いている(雇用形態の変更)     |     |    |                 |           |     |   |   |         |    |   |   |         |
|                                     |                        |                                 | 働いている(雇用形態の変更)を選択された方の今後1年間の収入見込み額(年額) 円) |     |    |                 |           |     |   |   |         |    |   |   |         |
|                                     | 雇用保険について(該当する項目に記入)    | 1. 受給資格はあるが、未受給                 | 受給しない ・ 申請中 ・ 受給期間延長予定                    |     |    | 2. 受給資格なし(その理由) |           |     |   |   |         |    |   |   |         |
|                                     |                        | 3. 受給中(受給開始から終了予定日を記入してください)    | 令和  | 年   | 月  | 日               | ～         | 年   | 月 | 日 | 4. 受給終了 | 令和 | 年 | 月 | 日(受給終了) |
|                                     | 現在の健康保険の状況(該当するものを選択)  |                                 | 任意継続保険 ・ 国民健康保険 ・ 無保険(未加入) ・ その他( )       |     |    |                 |           |     |   |   |         |    |   |   |         |
|                                     | 特別な収入は(該当するものを選択)      |                                 | 無 ・ 年金 ・ 不動産 ( 家賃 ・ 土地 ) ・ その他( )         |     |    |                 |           |     |   |   |         |    |   |   |         |
|                                     |                        | 無 以外を選択された方の今後1年間の収入見込み額(年額) 円) |   |     |    |                 |           |     |   |   |         |    |   |   |         |
| 扶養申請に至るまでの経緯 及び 理由<br><b>(記入必須)</b> |                        |                                 |   |     |    |                 |           |     |   |   |         |    |   |   |         |

※健康保険では、被扶養者からは保険料を徴収しておりません。被扶養者の医療費や保険給付費は被保険者と会社の保険料でまかなわれています。加入者間の不公平が生じないよう、また、健保組合の財政健全化のため、健康保険法上及び健康保険法に沿った扶養認定基準で定められた方のみが被扶養者として認定されます。所得税・住民税法の扶養とは考え方が異なりますので、所得税・住民税の対象扶養家族でも健康保険の被扶養者に該当するとは限りません。皆様のご理解とご協力をよろしくお願いいたします。

**【注意事項】** この届は義務教育終了前の子、孫以外の被扶養者について認定申請される時は、必ず「被扶養者異動届」に添付して変更があったときから5日以内に、事業所担当部署を経由して、健康保険組合へ提出して下さい。