

現況書

※ 認定対象者が18歳未満の「子」の場合、現況書の提出は不要です。

常務理事	事務長		係

保険証記号・番号	—	被保険者氏名	
----------	---	--------	--

【認定対象者(被扶養者とする者)の概要】

氏名		続柄		生年月日	昭和 平成	年	月	日	居住	同居・別居
配偶者の状況	(a) あり	(b) なし	(<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別)							

【認定対象者(被扶養者とする者)の現況】

1. 申請理由について ※ (a)~(h)該当するものに○をつけてください											
(a) 被保険者の資格取得(入社)に伴い	(b) 結婚	(c) 退職	(d) 収入の減少	(e) 自営業の廃業							
(f) 雇用保険等の受給終了	(g) 他者の扶養から異動	(h) その他 {									}

2. 認定対象者が加入していた(している)健康保険組合 ※ (a)~(e)該当するものに○をつけてください										
①健康保険の種類										
(a) 健康保険組合・協会けんぽ・共済組合	(b) 国民健康保険	(c) 任意継続	(d) 未加入							
(e) 他者の被扶養者であった	【他者の氏名:	認定対象者との続柄:	】							
②加入状況と資格喪失日										
(a) 現在加入している	(b) 加入していた	【資格喪失日:令和	年	月	日】					

3. 認定対象者の収入について(扶養し始めた日時点の収入) ※ ①~⑤ 該当するもの全てご記入ください										
①給与収入・自業収入・その他の収入										
(a) 給与収入(給与・賞与・交通費等各手当を含む税金等控除前の総支給額)	無	有	【月額	円】						
(b) 自営業等の事業収入	無	有	【月額	円】						
(c) 不動産・利子・配当金等による収入	無	有	【月額	円】						
(d) その他の収入(無	有	【月額	円】					
②年金・恩給										
(a) 受けている	(<input type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> その他)	【月額	円】	(b) 受けていない						
③雇用保険(失業保険) ※1. 申請理由が「(c)退職」の場合はご回答ください										
(a) 未加入	(b) 受給申請しない	(c) 受給待機期間中	(d) 受給延長中	(e) 受給終了						
(f) 受給中	【基本手当日額	円】								
④給付金等										
(a) 受けているまたは申請予定	(<input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> その他)	(b) 受けていない								
	【	年	月	日	まで受給予定	日額	円】			
⑤被保険者以外の人からの援助										
(a) 受けている	【月額	円】	(b) 受けていない							

4. 認定対象者が被保険者と別居の場合										
別居の理由										
1. 被保険者が単身赴任中 2. 認定対象者が就学のため 3. その他()										
※別居の理由が「3. その他」の方は以下の項目にご回答ください										
●認定対象者の同居人について										
☑ (a) いる (b) いない										
同居人が扶養義務者の場合はご記入ください (扶養義務者の例:母の申請→父、父母の申請→兄弟、兄弟の申請→父母 等)										
氏名	被保険者との続柄	年間収入	扶養できない理由							
		約	万円							
		約	万円							
		約	万円							
●被保険者から認定対象者への送金状況について										
(a) 銀行振込	【月額	円】	(b) 現金書留	【月額	円】					

5. 認定対象者の現在の状況、被保険者に扶養されている理由を具体的にご記入ください ※「配偶者」と就学中の「子」の方は記入不要です										

・ 認定対象者の収入が年間130万円(60歳以上の年金受給者・障がい者の場合は180万円)を超える場合、または扶養の事実がなくなった場合には直ちに被扶養者削除の手続きをいたします。

・ 本書に記載した内容は、事実と相違ありません。万が一、申告内容に虚偽があった場合は、認定日に遡って被扶養者の資格を取消すとともに、当該期間中に受けた医療費等を全額返還いたします。

令和 年 月 日

被保険者氏名(自署)