

処理欄	常務理事	事務長		担当者

扶養状況届

記入日 令和 6 年 5 月 4 日

私の家族を健康保険の被扶養者として申請するにあたり、扶養の状況は下記のとおりであることを届けます。
事実と異なる申請をした場合は認定日に遡って扶養を削除することに同意しその間の給付を直ちに返還します。

被保険者 (申請者)	記号番号 1 - 12345	氏名 立川 太郎	会社と所属 (株)エスアールエル 健康部	連絡先TEL 042-540-7653
---------------	-------------------	-------------	----------------------------	------------------------

以下は扶養認定の対象者について記入してください。

被扶養者 (認定対象者)	氏名 立川 花子		性 男・女 妻	続柄 妻	生年月日 昭和・平成・令和 ●● 年 8 月 8 日 (45 歳)	居住 同居 別居
	職業 無し	住所 〒190 - 0012 東京都立川市曙町2-37-7 コアシティ立川1201		電話番号 Tel 042 - 540 - 7653		
加入していた 医療保険 (□をチェック)	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> 協会健保・組合健保 <input type="checkbox"/> 共済組合	<input checked="" type="checkbox"/> 認定対象者本人が加入 <input type="checkbox"/> 家族の被扶養者として加入 (扶養していた家族氏名)		<input type="checkbox"/> 資格継続中 <input checked="" type="checkbox"/> 資格喪失済 (資格喪失年月日 令和 6 年 5 月 1 日)		
扶養申請 の理由 (□をチェック)	<input type="checkbox"/> 退職(雇用保険受給終了) <input type="checkbox"/> 退職(雇用保険受給延長) <input checked="" type="checkbox"/> 退職(雇用保険受給しない) <input type="checkbox"/> 被保険者資格取得(入社) <input type="checkbox"/> その他(下記に理由を記入)					理由発生年月日 令和 6 年 5 月 1 日
収入状況	<input type="checkbox"/> 退職直後→雇用保険受給資格者証か離職票を添付(出産等での受給延長の際は受給延長届も提出) <input checked="" type="checkbox"/> 無収入→市区町村発行の所得証明・非課税証明か雇用保険受給資格者証(受給終了済)を添付 <input type="checkbox"/> 収入あり→下記に収入の種類と金額を記入 パートなどの収入がある場合は金額、必要事項を記入してください					
	勤労収入	0.0	万円/月	勤務先会社名・勤務形態(正社員、アルバイト、その他)・勤務開始日を記入 勤務先名()、勤務形態() 勤務開始日(年 月 日 ~ 現在も勤務)		
	年金収入	0.0	万円/月	年金の内容・種類と金額を記入 内容・種類()		
	不動産収入	0.0	万円/月	不動産収入の内容・種類と金額を記入 内容・種類()		
	事業収入	0.0	万円/月	事業収入の内容・種類と金額を記入 内容・種類()		
	農業収入	0.0	万円/月	就業実態を記入 ()		
	その他収入	0.0	万円/月	内容を具体的に記入(生活を支える配当金収入・利子収入はこの欄に記入) ()		
合計	0.0	万円/月	※収入が確認できる書類を添付 (課税証明・源泉徴収票・年金裁定通知・確定申告書写等)			

- この扶養状況届は「健康保険被扶養者(異動)届(兼 資格確認書交付申請書)」に添付して認定対象者の扶養の状況を確認するものです。
- 15歳(義務教育終了後)以上の扶養認定対象者1名につき一枚ずつ添付してください。
- 記入内容について電話で内容を確認させていただいたり、他の確認書類の提出をお願いする場合があります。
- 不明な点は健康保険組合まで問い合わせください。