

健康保険被扶養者 現況届

* 記入もれ・押印もれがあると、審査に時間がかかりますので、もれなくご記入ください。(申請者1人につき1枚ずつご記入ください。)

りそな健康保険組合 御中 2019 年 2 月 10 日 提出

下記の申告に事実と相違があった場合、被扶養者認定日に遡って被扶養者の資格を削除していただくとともに、医療費、保険給付金等、全額返済致します。

(事業所・所属名) 1234 - 56789

りそな銀行 大阪営業部 メンバーズ内線がある場合
出来るだけメンバーズ内線を記入 りそな 太郎 印

連絡先 (本人直通TEL) 123 - 456 - 7890

申請対象者 <small>(被扶養者として、 申請する方について記入)</small>	氏名	りそな 花子		生年月日 (満年齢)	1990 年 4 月 6 日生 (28 才)		性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女	続柄	妻	職業	無職
	住民票住所	〒 123 - 4567 大阪市中央区備後町2-2-1										
	本年1月1日現在の 住民票住所	〒 - 同上										
	被保険者と	<input checked="" type="radio"/> 同居 ・ 別居 (単身赴任 ・ 就学 ・ 施設入所 ・ 自己都合)										
	(申請対象者の)配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無 (未婚 ・ 離別 ・ 死別)										

※ 当健康保険組合は、番号法および住民基本台帳法に基づき、本届にご記入いただいた情報(氏名、住所、生年月日、性別)を使用して、個人番号、所得情報、住民票情報等の照会を行います。

申請対象者の 家族について記入 <small>同居・別居を問わず、 家族全員について記 入。配偶者がりそな健保 の場合、職業欄に保険証 記号・番号を記入。</small>	氏名	続柄	満年齢	配偶者の有無	職業	税込年収(千円)	申請対象者への援助額	同居・別居
	りそな 太郎	被保険者本人	30 才	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無		5,000 千円	千円	同・別
			才	有 ・ 無		千円	千円	同・別
			才	有 ・ 無		千円	千円	同・別
			才	有 ・ 無		千円	千円	同・別

該当するものいずれかに○

アへオについ (は記入不要)

ア. 申請理由について

(1)	出生 (出生日)	年 月 日
(2)	結婚 (婚姻日)	年 月 日
<input checked="" type="radio"/> (3)	退職 (退職日)	2019 年 1 月 31 日
(4)	収入の減少(いつからか)	年 月 日
(5)	被保険者の入社と同時 (該当に○印)	a. 以前から被扶養者である b. 今回、新たに申請する
(6)	その他(理由を詳しく記入)	

イ. 申請対象者の現在の収入状況(無い場合は0円と記入)

収入の有無	年間収入(税込)	
(1) 給与収入(会社等で働いている) 正規・パート・アルバイト・その他()	有 <input checked="" type="radio"/> 無	千円
(2) 事業収入 自営・農業・漁業・林業・その他()	有 <input checked="" type="radio"/> 無	千円
(3) 年金収入 公的年金(老齢・厚生・共済・遺族・障害年金等) 企業年金・恩給・その他()	有 <input checked="" type="radio"/> 無	千円
(4) 保険給付金を受給している (傷病手当金等)	有 <input checked="" type="radio"/> 無	千円
(5) その他所得()	有 <input checked="" type="radio"/> 無	千円
年間収入の合計額(収入証明書類は0円の場合も添付してください。)		0 千円

ウ. 申請対象者の健康保険加入状況

(1)	a. 現在加入中 <input checked="" type="radio"/> b. 現在未加入
(2)	a. 被保険者本人 <input checked="" type="radio"/> b. 家族の被扶養者 である (あった)
(3)	いずれに加入している(いつまで加入していた)かを記入 2019 年 1 月 31 日 まで <input checked="" type="radio"/> 協会けんぽ ・ 組合健保 () ・ 共済組合 ・ 国民健康保険 ・ 任意継続 ・ その他()

エ. 申請対象者への援助額

申請対象者の 月平均生計費	100 千円
被保険者から の援助額 (別居の時は 送金額)	100 千円

オ. 雇用保険の受給について(申請理由が退職の場合記入)

	(提出書類)
該当に○印 (1) 受給中(基本手当日額が3612円未満・60歳以上または障害年金受給は5000円未満)	「雇用保険受給資格者証」の全頁写し
<input checked="" type="radio"/> (2) 受給待期中 または、今後申請予定	「雇用保険受給資格者証」の全頁写しと「雇用保険受給に伴う誓約書」
(3) 受給終了	「支給終了」の印字がある「雇用保険受給資格者証」の全頁写し
(4) 受給延長中 または、雇用保険未加入 または、受給申請しない	「雇用保険受給辞退理由書」

健 保 使 用 欄	常務理事 認定 <input type="checkbox"/> 否認 <input type="checkbox"/>		役職者	係	【標準報酬月額】 千円	【係意見】
	【既認定扶養家族】 名					