健康保険被扶養者　現況届

＊記入もれがあると、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　　年　　月　　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）

被保険者の記号・番号　　－

被保険者氏名**（自署）**

連絡先（本人直通TEL）　　－　　－

	氏　名	生年月日（満年齢）	性別	続柄	職業
申請対象者 （被扶養者として、申請する方について記入）		年　月　日生 （　才）	男・女		
住民票住所	〒　－				
現住所	〒　－				
被保険者と	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	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 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、職業欄に配偶者の記号・番号を記入。	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
		被保険者本人	才	有 ・ 無（未婚 離別 死別）		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

ア～オについて、もれなく記入（出生の場合は　イ～オは記入不要）

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
(3)	退職　（退職日）	年　月　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・無	千円
(2)	事業収入 自営・農業・漁業・林業・その他（　）	有・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・無	千円
(4)	保険給付金（傷病手当金等）を受給している 雇用保険を受給している ・ 受給する予定	有・無	千円
(5)	その他所得（　）	有・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。）			千円

ウ．申請対象者の健康保険加入状況

(1)	a.　現在加入中　　b.　現在未加入
(2)	a.　被保険者本人　　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 年　月　日　まで 【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．別居の場合／援助額

申請対象者の月平均生計費	千円
被保険者からの年間仕送り額	千円
年間仕送り回数	回

オ．雇用保険の受給について（申請理由が退職、雇用形態の変更の場合に記入）

該当に○印		**（提出書類）**
	(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
	(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「雇用保険に関する誓約書」
	(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	「雇用保険に関する誓約書」

健保使用欄	常務理事 認定	常務理事 否認	役職者	係	【標準報酬月額】　千円 【既認定扶養家族】　名	【係意見】