

# 健康保険被扶養者現況届

被扶養者を認定するために必要な書類となりますので、各欄を記入し、該当する□に✓をつけてください。

記号	番号	所属	被保険者氏名	印
----	----	----	--------	---

## 1. 認定対象者の現況

氏名		生年月日 S・H・R 年 月 日		年齢 満 歳	続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
配偶者	<input type="checkbox"/> 有	配偶者の収入（年収 円）				
	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 未婚 ( 年 月 日 )	<input type="checkbox"/> 離別 ( 年 月 日 )	<input type="checkbox"/> 死別 ( 年 月 日 )	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
職歴	<input type="checkbox"/> 有	退職年月日 年 月 日 退職理由（ <input type="checkbox"/> 会社都合 <input type="checkbox"/> 自己都合）				
	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 専門学校 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※学生の場合はご記入下さい				
収入	年金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> その他年金 ( )			計 円/月
	雇用保険	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 受給中 ( 年 月 ) <input type="checkbox"/> 受給予定 ( 年 月 ) <input type="checkbox"/> 受給なし			円/日
	給与等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 自業・不動産 <input type="checkbox"/> 利子・配当金			計 円/月
	その他	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> その他 ( )			円/日

### ●認定対象者が加入していた保険

健康保険組合 国民健康保険 共済保険 被扶養者となっていた ( ) その他 ( )

### ●認定対象者と同居をしている家族（被保険者・既に被扶養者となっている方、扶養認定対象者は除く）

氏名	年齢	続柄	職業	収入の有無	収入
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円/年
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円/年
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円/年
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円/年
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円/年

### ●認定対象者が別居の場合の送金について（扶養認定対象者が学生の場合はご記入不要です。）

毎月の送金額	円
送金方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込み <input type="checkbox"/> 現金書留 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※手渡し不可

## 2. 申請理由（詳しくご記入願います。また、別居の場合はその理由もご記入ください。）

---



---



---



---

## 3. 被保険者（社員）の収入状況

a. 勤労収入（年収 円）  
b. その他の収入（年収 円）

年収(a+bの合計)	円
------------	---

※この届に記載された事項の秘密は厳守致します。  
アルプス電気健康保険組合