

健康保険被扶養者現況届（配偶者）

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✓をつけて下さい。

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
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 <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（ ）

2. 申請理由(詳しくご記入願います。)

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