

健康保険被扶養者現況届（配偶者）

ご捺印ください。

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 1	番号 123456	所属 営業第1	被保険者氏名 青空 太郎
---------	--------------	------------	-----------------

青空印

1. 認定対象者の現況

氏名 青空 花子	生年月日 S・H・R 48年2月3日	年齢 満44歳	続柄 妻	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
職歴 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	退職年月日 H30年10月1日	退職理由（ <input type="checkbox"/> 会社都合 <input checked="" type="checkbox"/> 自己都合）		
	<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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" 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 80,000 円/月
	その他 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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

被扶養者であった場合は、扶養となっていた方の続柄をご記入ください。

●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。）

平成30年10月1日に雇用形態の変動により収入が減り扶養範囲内となったため。

3. 被保険者（社員）の収入状況

a.勤労収入（年収 5,000,000 円）
b.その他の収入（年収 円）

年収(a+bの合計)	5,000,000 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