

# 健康保険被扶養者現況届

No.1～16 までについて該当されるものを○で囲み、必要事項を正確にご記入ください。

記載内容については、その秘密を厳守いたします。

被扶養者氏名			
事項			
生年月日	昭平 年 月 日	昭平 年 月 日	昭平 年 月 日
被保険者との続柄			
1.会社からの扶養手当支給の有無	有(支給開始 年 月) 無	有(支給開始 年 月) 無	有(支給開始 年 月) 無
2.現在の職業	無職 学生 <sup>学校名</sup> ( ) パート・アルバイト その他( )	無職 学生 <sup>学校名</sup> ( ) パート・アルバイト その他( )	無職 学生 <sup>学校名</sup> ( ) パート・アルバイト その他( )
3.届出前の職業又は勤務先	職業 会社名 所在地	職業 会社名 所在地	職業 会社名 所在地
4.退職年月日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
5.退職事由	定年 その他(理由)	定年 その他(理由)	定年 その他(理由)
6.申請前に加入していた健康保険の種類	健康保険 国民健康保険 各種共済組合 いずれにも加入していない	健康保険 国民健康保険 各種共済組合 いずれにも加入していない	健康保険 国民健康保険 各種共済組合 いずれにも加入していない
7.失業給付金受給について	受給申請予定(延長手続予定) 申請中(延長手続中) 給付制限中( 月 日まで) 受給中( 月 日まで) 受給額( 日額 円) 受給権なし(理由)( ) 申請しない 受給終了( 月 日終了)	受給申請予定(延長手続予定) 申請中(延長手続中) 給付制限中( 月 日まで) 受給中( 月 日まで) 受給額( 日額 円) 受給権なし(理由)( ) 申請しない 受給終了( 月 日終了)	受給申請予定(延長手続予定) 申請中(延長手続中) 給付制限中( 月 日まで) 受給中( 月 日まで) 受給額( 日額 円) 受給権なし(理由)( ) 申請しない 受給終了( 月 日終了)
8.年金・恩給等の受給の有無	有(年額 円) 無	有(年額 円) 無	有(年額 円) 無
9.年金・恩給以外の収入の有無	有(年収 千円) (月平均 円) 無	有(年収 千円) (月平均 円) 無	有(年収 千円) (月平均 円) 無
10.給与所得の扶養控除申告の有無	有 無 無い場合はその理由	有 無 無い場合はその理由	有 無 無い場合はその理由

11. その他の家族構成(同居・別居を含む兄弟姉妹等全員について)

氏名	続柄	年齢	職業	月収	同別居	住所
					同・別	
					同・別	
					同・別	
					同・別	
					同・別	

12. 今回申請された方の生計費をあなた(被保険者)はどの程度負担していますか。

100%、 80%程度以上、 50%程度以上、 30%程度以上、 30%以下

13. 他の方と共同で生計費を負担している場合はその内訳を記入してください。

14. 別居している場合(扶養認定対象者が別居している方は記入してください。)

(1)毎月送金(又は手渡し)していますか。

有 毎月の送金(手渡し)額 円 ボーナス時(年 回)各 円  
無

(2)あなた(被保険者)と別居している理由。(具体的に記入してください。)

15. あなた(被保険者)が今回申請された方を扶養することになった理由。

16. あなた(被保険者)は長男、長女ですか。

長男・長女・( )男・( )女

上記の通り相違ありません。

平成 年 月 日

被保険者証の記号及び番号	—	氏名	印
自宅電話番号	( ) —		

上記を確認しました。

平成 年 月 日

事業所名及び  
事業主氏名

印

大阪府電設工業健康保険組合様