

扶 養 現 況 届

健康保険の 記号・番号	被 保 険 者 氏 名	被 扶 養 者		
		氏 名	生 年 月 日	続 柄
記号-番号	フリガナ 被保険者の氏名を ご記入ください	フリガナ 被扶養者の氏名を ご記入ください	〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇歳)	(例) 長男 続柄を ご記入 ください

該当する項目すべてに☑をつけ
必要事項をご記入ください

る項目すべてに☑)
 退職したため 収入が減少したため 雇用保険の受給が終了したため

婚姻したため【 〇〇年〇〇月〇〇日婚姻】
 離別したため【 〇〇年〇〇月〇〇日離別】⇒養育費受給の有無【有・無】 月額 〇〇〇円
 その他 ()

【2】被扶養者の住民登録状況
 ・日本国内に住民登録をされていますか(住民票の有無)【している・していない】
 ⇒「していない」に○をされた方は理由をご記入ください
 【理由:(例)海外へ留学中のため 理由をご記入ください】

【3】被扶養者の収入状況 (該当する項目に☑)

給与収入(パート、アルバイト等)
 入社年月日 〇〇年 〇〇月 〇〇日 年収 〇,〇〇〇,〇〇〇円
 自営業収入(営業、農業、不動産等)
 開始年月日 〇〇年 〇〇月 〇〇日 年収 〇,〇〇〇,〇〇〇円
 年金収入(老齢、遺族、障害、共済等)
 年金種別 上記の年金種別をご記入ください 年額 〇,〇〇〇,〇〇〇円
 雇用保険(失業給付金)
 ※60歳未満の方は基本手当日額3,612円未満、60歳以上の方は5,000円未満であること
 その他 () 年収 〇円

収入あり
 中学生以下のため
 高校生・大学生・各種専門学校等の学生のため【 〇〇年 〇〇月卒業予定】
 退職のため(過去1年以内に働いていた方)
 勤務先 勤務先名称をご記入ください 電話番号 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
 就職年月日 〇〇年 〇〇月 〇〇日 退職年月日 〇〇年 〇〇月 〇〇日

*雇用保険の加入状況について
 a. 加入
 【失業給付金: 受給する・受給延長する・受給しない】
 b. 未加入
 【理由: 未加入理由をご記入ください】

収入なし
 雇用保険(失業給付金)受給終了のため【 〇〇年 〇〇月 〇〇日受給終了】
 前年まで学生であり、現在は無職無収入の方【 〇〇年 〇〇月卒業】
 【現在の状況を詳細に:現在の状況を詳しくご記入ください】
 上記のいずれにも該当しない無職無収入の方
 ※所得証明書に収入金額等の記載がある場合は下記もご記入ください
 勤務先 勤務先名称をご記入ください 電話番号 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
 就職年月日 〇〇年 〇〇月 〇〇日 退職年月日 〇〇年 〇〇月 〇〇日
 *雇用保険の状況について
 【失業給付金: 受給終了・受給延長中・受給資格なし・未加入】

【4】被扶養者が加入している(していた)健康保険 (該当する項目に☑)
 国民健康保険 健康保険・共済組合等の被保険者 健康保険・共済組合等の被扶養者
 ⇒資格を喪失している方は喪失日をご記入ください【 年 月 日資格喪失】
 任意継続被保険者であった【 〇〇年〇〇月〇〇日資格喪失】
 未加入

【5】被保険者と被扶養者の世帯状況について (該当する項目に☑)
 ・被保険者と被扶養者以外の同居しているご家族の中に、いずれかに○をつけてください 同居している方はいますか【いる・いない】
 ⇒「いる」に○をされた方は、その方の氏名、被保険者との続柄、下記書類に基づいた年収をご記入ください

『源泉徴収票』	支払金額を記入 ※勤務期間1年未満の場合:『給与明細』の総支給額(12ヶ月分)および賞与額の合計を記入
『年金振込通知書』	直近の年金総支払額(6回分)を記入(年金の支給は年6回行われるため)
『その他』	書類の名称と総収入額を記入

氏 名	続 柄	書 類 名 称	※該当するものに○	年 収
<u>氏名をご記入ください</u>	<u>続柄をご記入ください</u>	源泉・給与・年金	<input type="checkbox"/>	〇,〇〇〇,〇〇〇円
		その他 ()	<input type="checkbox"/>	円
		源泉・給与・年金	<input type="checkbox"/>	円
		その他 ()	<input type="checkbox"/>	円

⇒上記の方の収入が被保険者のご収入を上回っている場合は、被保険者が扶養すべき理由や経緯をご記入ください
 ※健康保険法では、世帯で一番収入の多い方が被扶養者の生計を維持しているとみなします

・被扶養者の別居先住所: 別居先住所をご記入ください
 ・別居理由 a. 会社都合(単身赴任等)のため b. 通学のため
 c. その他 (別居理由をご記入ください)
 別居理由が「b. 通学のため」「c. その他」の方は、仕送り等の方法・金額をご記入ください
 ※別居の場合、被保険者が仕送り等により生計を維持していることが認定の条件となります
 ※手渡しによる仕送り等は認められません
 ・仕送り方法(該当する全ての項目に☑してください)
 振込み 引落し(口座振替) 現金書留 その他 ()
 ⇒☑した項目の合計金額をご記入ください 年額 〇,〇〇〇,〇〇〇円

・別居先で同居している方はいますか【いる・いない】
 ⇒「いる」に○をされた方は、その方の氏名、被保険者との続柄、下記書類に基づいた年収をご記入ください

『源泉徴収票』	支払金額を記入 ※勤務期間1年未満の場合:『給与明細』の総支給額(12ヶ月分)および賞与額の合計を記入
『年金振込通知書』	直近の年金総支払額(6回分)を記入(年金の支給は年6回行われるため)
『その他』	書類の名称と総収入額を記入

氏 名	続 柄	書 類 名 称	※該当するものに○	年 収
<u>氏名をご記入ください</u>	<u>続柄をご記入ください</u>	源泉・給与・年金	<input type="checkbox"/>	〇,〇〇〇,〇〇〇円
		その他 ()	<input type="checkbox"/>	円
		源泉・給与・年金	<input type="checkbox"/>	円
		その他 ()	<input type="checkbox"/>	円

⇒別居先で同居されている方の収入が被保険者の収入を上回っている場合、被保険者が扶養すべき理由や経緯をご記入ください
 ※健康保険法では、世帯で一番収入の多い方が被扶養者の生計を維持しているとみなします

【6】認定年月日について
 ◎被扶養者の認定年月日は、原則、健康保険組合が書類を受け付けた日になります。
 認定年月日を事実発生日へ遡る場合は、下記に認定年月日を記入し、その日付を確認できる書類(婚姻受理証明書、離職票、資格喪失証明書等)を添付のうえ、申請してください。
 ※事実発生日より申請が1ヶ月以上遅滞した場合や遅滞した理由によっては、認定日を遡ることができない場合があります
 希望する認定年月日: 年 月 日

※添付書類については、コピーをご提出ください
 ※上記以外の添付書類も、状況に応じて必要となる場合があります
 ※個人番号をもとに、扶養認定に必要な情報(所得・世帯情報等)を行政機関等より取得させていただく場合があります

大阪港湾健康保険組合 理事長 殿
 本届書に記載した内容は事実と相違ありません。
 本届書に記載した内容が事実と相違していた場合は、申請時に遡及し扶養の取消が行われても異議を申し立てません。
 また、その間に健康保険組合が負担した医療費につきましては必ず返還いたします。
 〇〇年 〇〇月 〇〇日 被保険者氏名(自署) 被保険者の氏名をご記入ください

いずれかに☑をつけてください

収入なし

同居している

別居している

いずれかに○をつけてください
 ※「a. 加入」を選択された方は失業給付金の受給についても選択してください
 ※「b. 未加入」を選択された方は未加入理由もご記入ください

就職活動をしている場合も、取組内容や就職の目処などを詳しくご記入ください

いずれかに○をつけてください

(例1) 勤務期間が1年未満の場合
 給与明細の総支給額 213,123円×12ヶ月分=2,557,476円 年間賞与額 432,432円
 2,557,476円+432,432円=年収 2,989,908円
 (例2) 年金を受給している場合
 年金振込通知書に記載の年金支払額 213,123円×6回分=年収 1,278,738円

いずれかに○をつけてください