健康保険被扶養者現況書

＊扶養認定に基づく重要な書類です。正確にご記入下さい。　＊子の出生の場合は不要です。

健康保険加入状況

扶養認定を受けたい人の氏名	続柄	年齢	今迄加入していた健康保険名	資格喪失日	勤めていたことのある人は会社名	退職年月日
			健康保険			
			健康保険			
			健康保険			
			健康保険			

◎扶養認定を受けたい人が同居の場合

認定を受けたい人を含む、同居している家族全員の収入額を記入して下さい。

同居している家族の名前	収入（月額）	年収
被保険者：		
被扶養者：		
被扶養者：		
被扶養者：		
認定対象者：		
認定対象者：		

＜収入＞
給与収入、営業収入、不動産賃貸収入、農業収入、配当利得、年金収入、恩給収入などの月額と年額を記入し証明書類を添付して下さい。
※税控除される前の金額を記入して下さい。

＜農業をしている人は＞
所得金額の大小に関係無くすべての収入を把握するために確定申告の控えのコピーと課税証明書が必要です。

◎扶養認定を受けたい人が別居の場合

扶養認定を受けたい人を含む、扶養認定を受けたい人の同居している家族全員の収入及び仕送り額を記入して下さい。

同居している家族の名前	収入（月額）		年収
認定対象者：			
認定対象者：			
その他：			
その他：			
その他：			
他の親族からの援助額の有無	有	無	

＜仕送り＞
銀行振込み書コピー、通帳コピーなどの仕送りが証明できる書類を添付して下さい。

他の親族からの仕送り（援助額）の有無については、該当するものに〇を、有の場合は仕送り額を記入して下さい。

◎雇用保険受給状況（失業保険）

雇用保険（失業給付）について下記の該当するものに〇又は記入して下さい。

1. 受給終了⇒雇用保険受給資格者証添付
2. 受給中であり令和　　年　　月　　日まで受給予定（日額　　円）
3. 申請中（予定）　　職業安定所受付年月日　平成　年　月　日
待期期間　令和　年　月　日～令和　年　月　日迄（日額　　円）
4. 出産等により延長申請中（予定）
5. 受給しない⇒①雇用保険被保険者離職票①②添付
②離職票がない場合（退職証明、資格喪失証明等を添付）

＜誓約＞
この届出書に事実と相違したことを記載した時は、認定日に遡り被扶養者資格を取消して頂くとともに、医療費・保険給付費等、全額返済することを約束致します。
又、被扶養者の認定基準から外れたときには、直ちに扶養削除の手続きを致します。

令和　　年　　月　　日

被保険者　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

シチズン健康保険組合　殿　　氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

※この欄は記入しないで下さい。

被保険者の年収	認定対象者の年収	世帯合計年収	一人当たりの生計費（年額・月額）	認定対象者の収入（月額）	地域別生計費（月額）	仕送り額	認・否