

被扶養者（配偶者・子以外）現況届（続柄：父母・義父母・兄弟姉妹など）

<記入例>

この現況届は、**配偶者と子以外**の申請の時、下記①②③及び④以降該当する必要書類と一緒に添付して、提出して下さい。

必 要 書 類	● 共通して必要な書類・・・（①当健保所定用紙 ②③市町村役場が発行）							
	①被扶養者（新規・異動）届							
	②住民票（世帯全員）・・・※続柄・戸籍筆頭者を省略しないこと ③住民税所得証明書（課税証明書・非課税証明書）・・・※0歳～義務教育の人及び学生は不要							

被保険者証 記号・番号	記号 123	番号 4567	認定対象者 氏名 健保 幸子	年齢 〇〇 歳	続柄 母
----------------	-----------	------------	----------------------	------------	---------

以下、扶養申請する認定対象者についてお答え下さい。（□には該当するものに✓チェックを、（カッコ）内は記述を、その他は各項目に従ってください）

◆1：扶養申請までの経過

<input type="checkbox"/> 被保険者の入社により、引き続き扶養家族を申請	<input type="checkbox"/> 退職（廃業）した
<input type="checkbox"/> 雇用形態変更による収入減	
<input checked="" type="checkbox"/> 申請前、扶養していた者（ 健保 一郎 ）が、 死亡 ・離婚・結婚」（左記から選択して○で囲む）した為の扶養異動	
<input type="checkbox"/> 上記に当てはまらない場合（具体的に：_____）	

必要書類	④現在、働いている方は本年1月1日～12月31日の給与支払（見込）証明書
------	--------------------------------------

◆2：退職（廃業）したと回答された方

1.退職（廃業）理由： <input type="checkbox"/> 定年 <input type="checkbox"/> 契約満了 <input type="checkbox"/> 解雇 <input type="checkbox"/> 出産・育児 <input type="checkbox"/> 病気療養 <input type="checkbox"/> 倒産 <input type="checkbox"/> その他（ 扶養異動 ）
2.会社名（および自営業の方は事業の内容）：
3.就労（事業）期間： <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日まで

必 要 書 類	⑤ 自営業者…廃業届（写） ⑥ 農業従事者…農業委員会発行の耕作者の証明（名前が載っていないことを確認する為） ⑦ 社員等…退職日と今年の収入がわかるもの（退職時の源泉徴収票の写 など） ⑧ 自営業で会社の役員であった方の必要書類は健保にお問合せ下さい。
------------------	--

◆3：退職したと回答された方、退職して一年以内の場合、雇用保険（失業給付）の状況

<input type="checkbox"/> 受給予定（令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日頃～ _____ 年 _____ 月 _____ 日頃）	
<input type="checkbox"/> 受給終了（令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日受給）	
<input type="checkbox"/> 受給資格はあるが不受給（理由：_____）	<input type="checkbox"/> 受給資格がない（理由：_____）
<input type="checkbox"/> 受給資格はあるが延長（理由：_____）	<input type="checkbox"/> その他（_____）

必 要 書 類	⑨ 失業給付金を受給中・受給予定・受給終了…雇用保険受給資格者証（写） ⑩ 失業給付金を受給放棄…事業主発行の雇用保険被保険者資格喪失確認通知書（写）・放棄確約書 ⑪ 失業給付金を受給延長…受給延長願（写）・延長確約書 ⑫ 失業給付金の受給資格がない…雇用保険資格喪失確認通知書・または離職票
------------------	---

◆4：今まで加入していた医療保険

種別	<input type="checkbox"/> 本人として加入 <input checked="" type="checkbox"/> 家族（誰の： 健保 一郎 ）として加入…どちらかに✓チェックをしてください
加 入	<input type="checkbox"/> 健康保険組合（健保名：_____） <input type="checkbox"/> 国民健康保険（市区町村名：_____） <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会（支部名：_____） <input checked="" type="checkbox"/> 共済組合
健 保	<input type="checkbox"/> 就業中も無保険（_____ 年 _____ 月 _____ 日から） （理由：_____）・（無保険になる前の加入保険を上記□に✓チェックをしてください）

◆5：現況 保険証記号・番号（_____）

<input type="checkbox"/> ◆4の保険に継続加入中	<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険（市区町村名： 〇〇市 ）
<input type="checkbox"/> 上記以外の保険に加入中（保険種別：_____）	・（加入種別：1.本人 ・ 2.家族（_____））
<input type="checkbox"/> 無保険（理由：被扶養者_____）	

◆6：配偶者の状況（認定対象者の配偶者についてお答え下さい）

<input checked="" type="checkbox"/> 配偶者なし	状況→ <input checked="" type="checkbox"/> 死別（ 〇〇 年 〇 月 〇 日） <input type="checkbox"/> 離婚（_____年 _____月 _____日） <input type="checkbox"/> 未婚
<input type="checkbox"/> 配偶者あり	配偶者の収入→ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（年間：_____円）
	配偶者と対象者の生活状況→ <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（理由：_____）

必要書類	⑬ 配偶者の収入がわかる証明書（上記⑤～⑫の該当するもの）
------	-------------------------------

◆7：家屋の状況

持ち家（名義： **健保 太郎** ） 賃貸（名義： _____ 支払い者： _____）

◆8：今後一年間の生活状況の見通しと、扶養するに至った理由を具体的にご記入ください

今まで母を扶養していた父が亡くなり、母と同居を開始することになった。

◆9：現在の収入について（無職でも収入があれば、その収入が確認できるものが必要）

<input type="checkbox"/> 収入無し（無職・無収入）			
<input type="checkbox"/> 勤労収入（パート・アルバイト・自営・農業・その他）		円（年額）	月收入×12ヶ月
<input checked="" type="checkbox"/> 公的年金収入 <input checked="" type="checkbox"/> 老齢・基礎（国民・厚生・共済）年金	〇〇〇, 〇〇〇	円（年額）	振込額×6回
<input type="checkbox"/> 遺族（国民・厚生・共済）年金		円（年額）	振込額×6回
<input type="checkbox"/> 障害（国民・厚生・共済）年金		円（年額）	振込額×6回
<input type="checkbox"/> （ _____ ）年金基金		円（年額）	
<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）年金		円（年額）	
<input type="checkbox"/> 利子収入		円（年額）	
<input type="checkbox"/> 不動産賃貸収入（土地・建物・その他）		円（年額）	
<input type="checkbox"/> 失業給付金（日額 _____ 円）×（ _____ 日）		円	
<input type="checkbox"/> 傷病手当金（日額 _____ 円）・（ _____ 年 月 日まで）		円	
<input type="checkbox"/> 休業補償		円	
<input type="checkbox"/> その他（内容：被扶養者 _____）		円	
<input type="checkbox"/> 被保険者以外からの生活費援助（誰から： _____）		円（年額）	
<input type="checkbox"/> その他生活費に充当できる収入（退職金・貯蓄など）		円（年額）	

⑭ 就労中の場合
 勤労者（パート・アルバイト等）…申請時点から向こう12か月分の給与支払い見込み額証明書
 自営業者…直近の確定申告書類一式（写）
 農業従事者…農業委員会が発行する「耕作面積及び耕作者の証明」と確定申告書控（写）
 自営業・農業の名義人が他の家族で専従者控除対象となっている場合は名義人の確定申告書控（写）

⑮ 年金・恩給を受給している場合
 現在の年金額がわかるもの…支払通知書・年金額改定通知書（共に㊦㊧）等、近々受給する時は裁定通知書（それぞれ写）

⑯ 不動産収入がある場合
 直近の確定申告書類一式（写）

⑰ 傷病手当金・休業補償・その他収入のある場合、その金額がわかる書類（写）

⑱ 他に扶養義務者がいる場合（他の扶養義務者が被保険者より生計負担が少ない証明）
 他の扶養義務者と認定対象者が同居…他の義務者の収入証明、
 他の扶養義務者と認定対象者が別居…他の義務者の保険証（写）、送金の証明、世帯全員の住民票

⑲ その他
 障害者は身障者手帳（写）、学生は在学証明書

◆10：現在の年金受給状況（老齢年金・遺族年金・障害年金・年金基金など）

受給中 まだ申請できない（ _____ 年 月 日頃申請予定）
 申請中 受給資格がない（理由： _____）

必要書類 ⑳ 直近の「ねんきん定期便」（写）・現在年金を受けている方は上記⑭に該当する書類

◆11：今までの生活状況

認定対象者自身の収入（給与・年金など）で生活していた 認定対象者の配偶者の収入（給与・年金など）で生活していた
 被保険者が一部（全面的に）負担していた→（認定対象者の月生活費 _____ 円の内 _____ 円を負担）
 被保険者以外に負担している人がいた→（氏名： _____ 続柄： _____ 月額： _____ 円）

◆12：一ヶ月の生活費（同居）

1. 認定対象者を含む一世帯の一ヶ月総生活費		〇〇〇, 〇〇〇 円	3. 認定対象者だけの一ヶ月の総生活費		〇〇, 〇〇〇 円
内 訳	住居関係（住居・税金など）	〇〇, 〇〇〇 (円)	内 訳	住居関係（住居・税金など）	〇〇, 〇〇〇 (円)
	光熱費（光熱・水道など）	〇〇, 〇〇〇 (円)		光熱費（光熱・水道など）	〇〇, 〇〇〇 (円)
	食料費（飲食費）	〇〇, 〇〇〇 (円)		食料費（飲食費）	〇〇, 〇〇〇 (円)
	その他（上記以外すべて）	〇〇, 〇〇〇 (円)		その他（上記以外すべて）	〇〇, 〇〇〇 (円)
2. 上記1のうち被保険者からの支援額		〇〇, 〇〇〇 円	4. 上記3のうち被保険者からの支援額		〇, 〇〇〇 円

◆13：一ヶ月の生活費（別居）

1. 認定対象者を含む一世帯の一ヶ月総生活費		円	4. 認定対象者だけの一ヶ月の総生活費		円
内 訳	住居関係（住居・税金など）	(円)	内 訳	住居関係（住居・税金など）	(円)
	光熱費（光熱・水道など）	(円)		光熱費（光熱・水道など）	(円)
	食料費（飲食費）	(円)		食料費（飲食費）	(円)
	その他（上記以外すべて）	(円)		その他（上記以外すべて）	(円)
2. 上記1のうち被保険者からの仕送り額		円	5. 上記4のうち被保険者からの仕送り額		円
3. 上記1のうち被保険者以外の方からの仕送り額		円	6. 上記4のうち被保険者以外の方からの仕送り額		円

必要書類

②別居している場合

送金を証明するもの（3ヵ月分）…銀行振込・現金書留の利用明細・通帳（共に写）等。手渡しは公的な証明が無いので不可。

被保険者と認定対象者の間柄を証明するもの…戸籍謄（抄）本

◆14：被保険者以外の扶養すべき家族について

<input checked="" type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> 申請者の配偶者が援助（ <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない）
<input type="checkbox"/> 他の家族から金銭援助を受けている（月額： ）	<input type="checkbox"/> 他の家族から金銭以外の援助を受けている
<input type="checkbox"/> 他に家族がいるが援助は一切ない	（具体的に： ）

◆15：児童手当の受取人（16歳未満の方を申請される場合記入してください）

 被保険者 配偶者 その他（ ）

◆16：家族構成について

同居・別居を問わず被保険者の「父母・配偶者・子・兄弟姉妹（義父母の申請の時は配偶者の兄弟姉妹）」について記入してください。認定対象者が別居している時は認定対象者と同居している方（続柄問わず）について記入してください。

*続柄は「被保険者からみた続柄」を記入してください

氏名	続柄	年齢	職業・勤務先	年間収入	同居・別居	居住地（県・市）
健保 次郎	弟	〇〇	〇〇〇	〇〇〇万円	<input type="checkbox"/> 同・ <input checked="" type="checkbox"/> 別	〇〇県
健保 英恵	妹	〇〇	〇〇〇	〇〇〇万円	<input type="checkbox"/> 同・ <input checked="" type="checkbox"/> 別	〇〇市
					<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	
					<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	
					<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	
					<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	

コニカミノルタ健康保険組合 理事長殿

今回被扶養者として申請する者の状況は上記のとおり相違ありません。

今後、就職等で他の健保へ加入したり、収入が130万円（60歳以上または障害者は180万円）以上になるなど、扶養状況に変更があった場合には速やかに扶養削除の手続きを行います。

なお、この届出については、以下の要件を満たしています。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇 日提出

1. 申請者本人（被保険者）が作成したものである。

2. 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

被保険者氏名 **健保 太郎**