

被扶養者認定対象者現況届 [子の申請用] 1 枚目

記入漏れがあった場合は、書類をお返しして再度ご提出いただくこととなりますので、必ず全ての項目にご回答ください。なお、雇用保険の失業給付金とは、雇用保険法第 10 条の「基本手当」のことを指します。

申請被扶養者名	氏 名	性 別	生 年 月 日	続 柄	現 在 の 職 業	世 帯 別	配偶者の有無
		男 ・ 女				同居・別居	有・無
申 請 理 由 (該当する項目が複数ある場合、全て記入してください)	1. 被保険者の就職による申請 2. 被保険者の任意継続被保険者資格取得による申請 3. 退職 _____年 _____月 _____日 [理由: 自己都合による退職 ・ 自己都合以外による退職] 4. 失業給付金受給終了 _____年 _____月 _____日 5. 扶養者の変更(変更の理由と発生した日: _____) 6. 賃金体系の変更による収入の減少又は就労状況の変更による健康保険の喪失 (_____年 _____月 _____日より変更) 7. その他 (_____)						
今までの生活費について	1. 自分で働いていた(自 _____年 _____月 _____日～至 _____年 _____月 _____日) 正社員・契約社員・アルバイト、パート・派遣社員・その他 (_____) *退職した場合…理由: 自己都合・定年・結婚・傷病・契約期間満了・その他 (_____) 2. 失業給付金・傷病手当金・出産手当金を受給していた(自 _____年 _____月 _____日～至 _____年 _____月 _____日) 3. _____(続柄 _____)に扶養されていた 4. その他 (_____)						
雇 用 保 険 (失業給付金)の受給について *過去1年以内に退職した方のみ記入してください	1. 雇用保険は未加入だった(理由: _____) 2. 失業給付金を申請しない…理由: 就労の意思がない・就労不能状態・雇用保険加入期間不足 その他 (_____) 3. 令和 _____年 _____月 _____日に失業給付金を申請した 4. 令和 _____年 _____月 _____日に下記の理由で失業給付金の受給期間延長申請を行なった (理由: _____) 5. 令和 _____年 _____月 _____日に(失業給付金を受給申請・失業給付金を受給期間延長申請)する予定である 6. 現在、失業給付金を受給している 7. 令和 _____年 _____月 _____日に失業給付金の受給期間が満了した						
申請前に加入していた健康保険	1. (市区町村名 _____) 国民健康保険 2. 全国健康保険協会 (_____) 支部 3. (_____) 健康保険組合 4. (_____) 共済組合 5. その他 (_____) A. 本人として加入 B. 被扶養者として加入 C. 任意継続被保険者 喪失年月日 _____年 _____月 _____日→理由 1. 退職 2. 任意継続期間満了 3. その他 (_____)						
現 在 の 生 活 に つ い て	1. 被保険者と同居している人は何人ですか(被保険者含む) _____人 2. 世帯全員の1ヶ月の生活費 月額 _____円 3. 被保険者の負担している1ヶ月の生活費 月額 _____円 *別居での扶養申請のときは、併せて下の項目にもご記入下さい。 1. 別居世帯は何人ですか _____人 2. 別居世帯全員の1ヶ月の生活費 月額 _____円 3. 被保険者からの1ヶ月の送金額 月額 _____円 (送金方法…給与口座から振込・現金書留・銀行、郵便局振込) 4. 被保険者以外の方からの1ヶ月の援助額 月額 _____円 (援助者の氏名: _____ 続柄: _____)						

被扶養者認定対象者現況届 [子の申請用] 2 枚目

現在収入がありますか	1. ある 2. ない	イ. 給与収入 (パート・アルバイトの収入含む) ロ. 農業・漁業・不動産等の収入 ハ. 自営の商店等による収入 ニ. その他の収入 ()	年額 _____ 円 年額 _____ 円 年額 _____ 円 年額 _____ 円
学校に入学したあるいは入学する予定がありますか	1. ある 2. ない	学校名 : 種別 : 全日制 ・ 定時制 ・ その他 ()	
対象者の扶養控除申告有無	給与所得税扶養控除の申告をしていますか 申告していない場合はその理由をご記入してください (理由 :)		1. はい 2. いいえ
海空運健康保険組合理事長殿			
上記のとおり相違ありません。なお、事実と相違していたことが判明した場合は、被扶養者の認定を取り消され、支払われた医療給付費について返納を求められても異議は申しません。			
令和	年	月	日
		被保険者等 記号	番号
		現住所	
		電話番号	
		被保険者氏名	

<被扶養者について>

健康保険でいう被扶養者とは、「被保険者により主として生計を維持されている者」です。具体的に「被保険者により生計を維持されている」とは、生活に必要な費用、つまり生計費の5割以上を被保険者の収入（援助）に頼っている状態をいいます。

また、被扶養者に収入がある場合には、被扶養者の年間収入が130万円未満（配偶者を除く19歳以上23歳未満は150万円未満、60歳以上である場合、または障害厚生年金の受給要件に該当する程度の障害者である場合は180万円未満）で、かつ、被保険者の年間収入の2分の1未満であることも必要な条件となります。同一世帯に属していない場合は、年間収入が被保険者からの仕送り額より少ない場合となります。

以上の条件を満たしていることが被扶養者に認定されるための前提条件となりますのでご留意願います。

* 「収入」とは、課税・非課税に関係なく収入として手に入るもの全てを指します。つまり、非課税扱いとなって市区町村が発行する所得証明書に記載されない遺族厚生年金・恩給なども収入となりますので、必ず収入として申告していただくようお願いします。