

被扶養者認定対象者現況届〔夫、父母、その他の方申請用〕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. 配偶者の死亡による扶養者の変更(死亡日: 年 月 日) 5. 離婚による扶養者の変更(離婚日: 年 月 日) 6. 勤務体系の変更による収入の減少又は健康保険の喪失( 年 月 日より変更) 7. 被保険者と同居することになったため( 年 月 日より同居) 8. 失業給付金終了(終了日: 年 月 日) 9. その他( )							
今までの生活費について (該当する項目が複数ある場合、全て記入してください)	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( ) 2. 傷病手当金を受給していた(自 年 月 日～至 年 月 日) 3. 年金で生活していた 4. 預貯金で生活していた 5. _____(続柄 _____)に扶養されていた 6. 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ご記入下さい	1. 雇用保険は未加入だった・・・(理由: _____) 2. 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 日に失業給付金を受給申請した 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の申請を行なった (理由: _____) 5. 令和 年 月 日に(失業給付金受給申請・失業給付金受給期間延長申請)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							
現在、年金等を受給していますか	1. はい *非課税扱いであつても、支給されているものは必ず全てご記入下さい。	イ. 厚生年金: 年額 _____ 円 ロ. 国民年金: 年額 _____ 円 ハ. 遺族厚生年金: 年額 _____ 円 ニ. 障害年金: 年額 _____ 円 ホ. 厚生年金基金: 年額 _____ 円 (その他の年金の種類: _____)					ヘ. 企業年金等: _____ 円 ト. 共済年金: _____ 円 チ. 農業者年金: _____ 円 リ. その他の年金: _____ 円	
	2. いいえ	*理由の記入がない場合受け付けられません。 (理由: _____)						
対象者の年金等以外の収入がありますか	1. ある 2. ない	イ. 給与収入(パート・アルバイトの収入も含む) 年額 _____ 円 ロ. 農業・漁業・不動産等の収入 年額 _____ 円 ハ. 自営の商業等による収入 年額 _____ 円 ニ. その他の収入( ) 年額 _____ 円						
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( _____)							

被扶養者認定対象者現況届（夫、父母、その他の方申請用） 2枚目

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
	4. 申請対象者の負担している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. 申請対象者の負担している1ヶ月の生活費	月額 _____ 円
	4. 被保険者からの1ヶ月の送金額 (送金方法…給与口座から振込・現金書留・銀行、郵便局振込)	月額 _____ 円
	5. 被保険者以外の方からの1ヶ月の援助額 (援助者の氏名： _____ 続柄： _____)	月額 _____ 円
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	1. はい 2. いいえ 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： _____)
健康状態について	1. 健康である 2. 通院している 3. 入院している… 年 月から 短期で退院予定・長期(3ヶ月以上)入院予定(いずれかに○) 4. 入院を予定している… 年 月から 5. 施設に入所している(入所施設名： _____) (施設利用料：月額 _____ 円 被保険者負担額 _____ 円)	
扶養申請者の職歴について	覚えている範囲でできるだけ詳しくご記入下さい。 ・ 年 月～ 年 月 職業(会社名等) _____ ・ 年 月～ 年 月 職業(会社名等) _____ ・ 年 月～ 年 月 職業(会社名等) _____	
扶養申請者の配偶者について	1. 健在である(職業： _____ ・年間収入額(年金額含む) _____ 円) →配偶者の所得証明書を添付して下さい。 2. 死別した： 年 月 日 →生前の職業：商店経営・会社経営・会社員・公務員・船員・農業・漁業・その他( _____ ) →今年相続した(する)金銭はありますか(遺族年金含む) ある(種類 _____ 金額 _____ 円) ・ ない 3. 離婚した： 年 月 日 →生活費等の援助はありますか ある(毎月 _____ 円) ・ ない 4. 未婚である 5. 職歴について(*覚えている範囲でできるだけ詳しくご記入下さい。) ・ 年 月～ 年 月 職業(会社名等) _____ ・ 年 月～ 年 月 職業(会社名等) _____ ・ 年 月～ 年 月 職業(会社名等) _____	
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>

健康保険という被扶養者とは、「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。