

被扶養者 現況調査書 兼 同意書

豊島健康保険組合 理事長殿

下記の扶養内容に相違ありません。申請後、扶養状況に変更があった場合は速やかに届出します。

届出内容が事実と異なっていた場合や届出が遅延した場合は遡って扶養認定取消を受け、当該期間の医療費・給付金のすべてを返戻する事に同意します。

※申請する被扶養者1人につき1部ずつ作成して下さい(配偶者が既に被扶養者の場合、高校生以下は不要)

※配偶者が被扶養者でない場合の子の扶養申請時は配偶者に対する調査書として1、2、3、6、9をご記入ください

理事長	常務理事	担当者
-----	------	-----

【必須】 被保険者証カードでご確認の上、ご記入ください。任継加入の場合は記入不要。

記号	番号	被保険者名	申請対象者名
〇〇〇	〇〇〇〇	健保 太郎	健保 一郎

1. 家族構成【必須】※子を扶養する場合…子及び配偶者について記入／その他親族を扶養する場合…扶養しようとする人の配偶者及び家族について記入

氏名	続柄	年齢	職業	勤務先	年間収入	居住区分(該当に☑)	必須提出書類
健保 太郎	被保険者(本人)	〇〇	会社員	〇〇(株)	〇,〇〇〇,〇〇〇円	☑同居 ☐別居	【全員必須】 ・住民票→世帯全員の住民票(続柄及びマイナンバー記載有) 【別居の場合】 ・直近3カ月の送金証明 ・戸籍謄本(申請対象者) 【学生(18歳以上)】 ・学生証(写) (有効期限記載面含む)
健保 一郎	申請対象者(長男)	〇〇	無職・学生等	(学生の場合)学年を記載	0円	☑同居 ☐別居	
健保 花子	妻	〇〇	会社員	(株)〇〇〇〇	〇,〇〇〇,〇〇〇円	☑同居 ☐別居	
					円	☐同居 ☐別居	
					円	☐同居 ☐別居	

2. 現在の家計負担状況【必須】※家計費とは、食費・住居費・光熱費・被服代・医療費など申請対象者が生活するにあたり必要な費用すべてのこと

【同居の場合】			【別居の場合】		
氏名	家計費負担額			仕送り・収入金額・家計費	
健保 太郎	月額 〇〇〇,〇〇〇 円		被保険者からの仕送り金額	月額 円	
健保 花子	月額 〇〇〇,〇〇〇 円		申請対象者の収入	月額 円	
	月額 円		申請対象者の同居人の収入()	月額 円	
合計(1カ月の所要家計費)	月額 〇〇〇,〇〇〇 円		申請対象者の1カ月の所要家計費	月額 円	

3. 扶養申請の理由(該当項目に☑をつけてください)【必須】

該当項目に必要な提出書類

<input type="checkbox"/> 被保険者の資格取得…… <input type="checkbox"/> ①入社 <input type="checkbox"/> ②雇用契約変更	→ ②による資格取得の際、被保険者の雇用契約書(写)添付
<input type="checkbox"/> 被保険者の任意継続加入 任継加入の場合はこちら	→ 被保険者が年金受給年齢の場合…被保険者の年金通知書(写)
<input type="checkbox"/> 結婚 【日付: 年 月 日】	→ 婚姻日の確認できる書類(写)
<input type="checkbox"/> 申請対象者の退職【日付: 年 月 日】 退職理由: <input type="checkbox"/> 自己都合 <input type="checkbox"/> 会社都合 <input type="checkbox"/> 定年退職 <input type="checkbox"/> 出産	→ 退職1年未満の方は【質問5】もご記入ください → 出産による退職の方は別紙(出産育児一時金確認)もご記入ください
<input type="checkbox"/> 申請対象者の収入の減少 ① 収入減少後の就労期間が3カ月未満 ② 収入減少後の就労期間が3カ月以上 ※原則、年収130万円(年金受給者は180万円)以上の場合、被扶養者になりません。記載内容が間違っていた場合、遡って認定取消となりますのでご注意ください	→ ①雇用契約書(写)(氏名・会社名・事業主印・雇用期間・1カ月の収入がわかるもの)または直近の給与明細書(写) → ②直近3カ月の給与明細書(氏名・会社名・支払年月)(写)
<input type="checkbox"/> 子の出生(配偶者が被扶養者でない場合)	→ 項目6.(申請対象者の続柄が【子】の場合)に提出書類記載

【扶養申請理由:被保険者が申請対象者を扶養するに至った理由を詳細にご記入ください】【必須】

例1:出生の為(配偶者との収入比較により、こちらで扶養に入りたい)

例2:結婚により妻の連れ子を扶養に入れる為

4. 今まで申請対象者が加入していた健康保険(該当項目に☑をつけてください)【必須】	該当項目に必要な提出書類
<input type="checkbox"/> 豊島健康保険組合(被保険者の任意継続加入による申請の場合はこちらを選択)	
<input type="checkbox"/> 他の健康保険組合・協会けんぽ・共済組合等 名称()	→ 任意継続の場合、喪失証明書
<input type="checkbox"/> 国民健康保険	
<input type="checkbox"/> 健康保険未加入(未加入 年 月 ~)理由:	

※個人情報の保護について:この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用致しません。

5. 申請対象者が退職後1年未満の場合	該当項目に必要な提出書類
<input type="checkbox"/> ①雇用保険受給資格なし(加入期間不足)	→入・退職日記載の事業主発行の証明書(写)
<input type="checkbox"/> ②雇用保険(失業給付金)の受給をしない(放棄) 理由:	→離職票1-2(原本) ※確認後すぐ返却します ➢1年後、再度原本を提出頂きます(未受給確認のため)
<input type="checkbox"/> ③雇用保険(失業給付金)の受給予定	→離職票1-2(写) →雇用保険受給資格者証(1面~3面・写) ➢ハローワークへ受給申請し、受給説明会参加後速やかに提出 ※退職2カ月以内に提出ください・申請が遅れる場合はその旨要連絡
<input type="checkbox"/> ④雇用保険(失業給付金)受給を延長(中)する 理由: <input type="checkbox"/> 妊娠・出産・育児 <input type="checkbox"/> 親族の看護・介護 <input type="checkbox"/> 病気・けが <input type="checkbox"/> 配偶者の「海外勤務の帯同」	→離職票1-2(原本) →受給期間延長通知書(写)※退職後2カ月以内に提出ください ➢受給前に健保へご連絡ください(定期的に現況調査も行います)
<input type="checkbox"/> ⑤雇用保険未加入	→退職月の給与明細書(写)と退職日のわかる書類(写)
<input type="checkbox"/> ⑥受給終了	→雇用保険受給資格者証(1面~3面・写) ➢受給終了の印字のある部分が必要です

6. 申請対象者の続柄が【子】の場合	
被保険者にとっての配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> いる → <input type="checkbox"/> 豊島健保加入中 (被保険者証番号:) →提出書類無し <input checked="" type="checkbox"/> ①被用者保険 (豊島健保以外) → ⑦・①両方提出 ⑦: 配偶者の直近の源泉徴収票(写)または所得証明書(写) ①: 直近3カ月の給与明細書(写) <input type="checkbox"/> ②国民健康保険 → 配偶者の直近の確定申告書(写)または所得証明書(写)	<p>配偶者が他の健保に加入している場合、夫婦共同扶養を確認する項目として、収入確認が必要となります。</p>
<input type="checkbox"/> いない → <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死別 → 豊島健保にご連絡ください	

7. 申請対象者の続柄が【親】の場合 (申請対象者が【その他親族:孫・兄弟姉妹等】の場合は事前にご連絡ください)	
申請対象者(被保険者にとっての父または母)の配偶者 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない → <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死別	

8. 申請対象者の今後1年間の見込収入【必須】			必須提出書類
内訳(収入が無い場合は無に✓、有は金額を記入)	無	有(金額)	収入がある場合に必要な提出書類
① 給与収入(パート・アルバイト含む) ➢手当(通勤手当を除く)を含む税引き前の総支給額	<input type="checkbox"/> 無	月額 円 前回賞与 円	→直近3カ月の給与明細書(写)【実績ありの場合】 【実績なしの場合】 雇用契約書(写)または直近の給与明細書(写)
② 老齢厚生年金・退職共済年金・恩給収入(控除前)	<input type="checkbox"/> 無	月額 円	→年金振込通知書(写)または 年金額改定通知書(写)直近分
老齢基礎年金(国民年金)	<input type="checkbox"/> 無	月額 円	
退職年金・企業年金・個人年金	<input type="checkbox"/> 無	月額 円	
年金基金・農業者年金	<input type="checkbox"/> 無	月額 円	
遺族 / 障害 厚生・共済 基礎年金	<input type="checkbox"/> 無	月額 円	
③ 事業収入	<input type="checkbox"/> 無	年額 円	→確定申告書【第一表・第二表】(写) および 収支内訳書(または 損益計算書)(写) 税務署印があるもの
④ 家賃・不動産等の収入	<input type="checkbox"/> 無	年額 円	
⑤ 一時金収入・配当金・利子収入・投資収入	<input type="checkbox"/> 無	年額 円	
⑥ 失業給付金 受給開始日: 年 月 日	<input type="checkbox"/> 無	日額 円	→【質問5】にて詳しく記載・提出書類確認ください
⑦ 傷病手当金 支給開始日: 年 月 日	<input type="checkbox"/> 無	日額 円	→支給決定通知書(写)
⑧ その他継続性のある収入(養育費等) (内容:)	<input type="checkbox"/> 無	月額 円	→収入がわかるもの(写)
⑨ 1年以上、無職・無収入であり今後も変わらない	<input type="checkbox"/> 該当		→認定後、定期的に現況調査します

9. 申請対象者の所得税法上における扶養親族届出の有無	
<input checked="" type="checkbox"/> 扶養親族として届けている <input type="checkbox"/> 扶養親族として届けていない	事業所住所
理由:	事業所名
	事業主名

※認定後、扶養状況変更の際は速やかにご連絡ください
※上記以外にも書類の提出をお願いする場合があります