

被扶養者現況届

		申請日	年	月	日
被 保 険 者 欄	保険証		フリガナ		
	記号	番号	被保険者氏名		

1 申請対象者（被扶養者）について

氏名		続柄	
職業	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他		
世帯	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	配偶者	<input type="checkbox"/> なし（ <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別） <input type="checkbox"/> あり

2 申請対象者の申請理由等について

①扶養するに至った理由を詳しく記入して下さい

--

②以前加入していた保険の種類

保険の種類	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保組合or共済組合 <input type="checkbox"/> 任継 <input type="checkbox"/> 被扶養者として加入 <input type="checkbox"/> 未加入
-------	---

※任継（任意継続保険）とは・・・退職後引き続き前勤務先の健康保険に加入できる制度

③申請対象者への生活費をほぼ100%負担していますか

申請対象者への生活費の負担割合を記載ください。	（ % ）
-------------------------	----------------------------

3 申請対象者の現在の収入について（今後一年間の見込み）

区分（ ）内に該当の場合はチェックや詳細を記載ください	年間収入
給与収入（ <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> アルバイト）	¥
自営業収入（ <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 漁業 <input type="checkbox"/> 林業）	¥
年金収入（ <input type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 他（ ））	¥
保険給付収入（ <input type="checkbox"/> 傷病手当 <input type="checkbox"/> 出産手当 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 他（ ））	¥
その他収入（ ）	¥
合計	¥

※配当・個人年金など

※収入無の場合は¥0と記載ください

4 その他の家族構成（家計を共にする者で別居も含む）

続柄	氏名	年齢	同居・別居	職業	年収
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		円
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		円
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		円
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		円
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		円

5 申請対象者が1年以内に退職した場合のみ記入してください

①近々退職予定の方もご記入ください

退職日	年	月	日	雇用保険	<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入
会社名	TEL：（ ） -				
退職後の 失業給付受給状況	<input type="checkbox"/> 1. 令和 年 月 日頃、職安に申請予定			※1.2.3を選択された方で、 日額3,612円以上支給対象の場合は 受給中は扶養加入できませんので ご注意ください。	
	<input type="checkbox"/> 2. 受給手続き中： 年 月 日開始予定				
	<input type="checkbox"/> 3. 延長申請（理由： ）				
	<input type="checkbox"/> 4. 受給資格無し（ <input type="checkbox"/> 雇用保険未加入 <input type="checkbox"/> 加入期間不足）				
	<input type="checkbox"/> 5. 受給手続きをしない（理由： ）				
	<input type="checkbox"/> 6. 受給終了： 年 月 日終了（予定）				
※雇用保険受給資格者証の提出が遅れる場合ご記入ください（提出期限の目安は退職日より2ヶ月以内）					
理由：				提出予定日：	

【被保険者署名欄】

豊田通商健康保険組合 御中
申請書と相違があった場合、被扶養者認定日に遡って被扶養者の資格を削除しても構いません。
その間の医療費、保険給付費、保健関係利用費、健康保険組合が負担した金額を返済いたします。 また、毎年実施される「被扶養者資格確認」に必ず協力いたします。
年 月 日 提出
保険証 記号-番号： - 被保険者氏名： _____