

常務理事	事務長	課長	係長	主任	担当

健康保険 被扶養者現況届

被保険者(申請者)記入欄	記号	番号	取得年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和
	氏名	下記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日				
住所	(〒 -) 都道 府県					

扶養認定を受けようとする方について記入してください	①扶養認定を受けようとする方の氏名および続柄	(ア) <input type="checkbox"/> 続柄	(イ) <input type="checkbox"/> 続柄
	②同居・別居の区別 (別居の場合は住所記入)	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (〒 -)	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (〒 -)
	③申請時点で加入している(していた)健康保険について	<input type="checkbox"/> 1. 全国健康保険協会 2. 組合保険 3. 国民健康保険 4. 共済組合 5. 生活保護 6. 船員保険 7. 日雇保険 8. その他 (本人・家族)として加入	<input type="checkbox"/> 1. 全国健康保険協会 2. 組合保険 3. 国民健康保険 4. 共済組合 5. 生活保護 6. 船員保険 7. 日雇保険 8. その他 (本人・家族)として加入
	③-1 資格喪失している場合は資格喪失年月日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
	④扶養認定を受けようとする事由 ★1以外は、その事実と年月日が確認できる書類を添付	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者の資格取得による 2. 結婚 3. 同居 4. 養子縁組 5. 主たる扶養者の変更 6. 収入の減少 7. 退職 8. その他 []	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者の資格取得による 2. 結婚 3. 同居 4. 養子縁組 5. 主たる扶養者の変更 6. 収入の減少 7. 退職 8. その他 []
	⑤学生の場合は学校名 ★学生証の写し等を添付	大学 学校在学中	大学 学校在学中
	⑥雇用保険、健康保険、労災保険、損害保険、公害補償など各種給付金を受給していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ → 名称 () 保険の ()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ → 名称 () 保険の ()
	⑥-1 「はい」または「請求中」の場合、給付内容について ★金額等が確認できる書類を添付	支給開始年月日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 支給額 (日額・月額・年額) 円	支給開始年月日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 支給額 (日額・月額・年額) 円
	⑦公的年金、企業年金など各種年金を受給していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ → 種類 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 労災年金 <input type="checkbox"/> 企業年金 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ → 種類 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 労災年金 <input type="checkbox"/> 企業年金 <input type="checkbox"/> その他 ()
	⑦-1 「はい」または「請求中」の場合、支給額について ★振込通知書の写し等、金額と種類が確認できる書類を添付	総支給額 (日額・月額・年額) 円	総支給額 (日額・月額・年額) 円
⑧その他の収入はありますか	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 → 種類 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト収入 <input type="checkbox"/> 事業・不動産収入 <input type="checkbox"/> 利子・配当収入 <input type="checkbox"/> 雑所得 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 → 種類 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト収入 <input type="checkbox"/> 事業・不動産収入 <input type="checkbox"/> 利子・配当収入 <input type="checkbox"/> 雑所得 <input type="checkbox"/> その他 ()	
⑧-1 「はい」の場合、総収入額(月額)について ★金額や内訳が確認できる書類を添付	総収入額 月額 円	総収入額 月額 円	
⑨今までに雇用保険の加入はありますか	<input type="checkbox"/> はい → 2ページ目「雇用保険にかかる同意欄」へ記入 <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい → 2ページ目「雇用保険にかかる同意欄」へ記入 <input type="checkbox"/> いいえ	

★⑥、⑦、⑧がすべて「いいえ」の方は、最新の市県民税所得証明書を添付

2ページに続きます >>>

健康保険 被扶養者現況届

扶養状況について記入してください	⑩「扶養認定を受けようとする方」を扶養している方について ★被保険者本人を含むすべての扶養している方について記入し、被保険者本人以外の扶養している方の収入、援助額が確認できる書類を添付								
	対象者	扶養している方の氏名	続柄	職業	収入の種類	総収入月額	対象者と	生計費の負担割合	備考
①欄（ア）の方を扶養している方について ①欄（ア）の方に配偶者はいますか □はい □いいえ	申請者	本人				万円	同居／別居	%	
						万円	同居／別居	%	
						万円	同居／別居	%	
①欄（イ）の方を扶養している方について ①欄（イ）の方に配偶者はいますか □はい □いいえ	申請者	本人				万円	同居／別居	%	
						万円	同居／別居	%	
						万円	同居／別居	%	

別居の場合は記入してください	⑪被保険者と「扶養認定を受けようとする方」が別居の場合の扶養状況について ★被保険者本人の送金や支出を確認できる書類を添付	
	□ 単身赴任者：被保険者が単身赴任者の場合は左記に印（☑）のうえ、以下は記入不要です。	
	○送金（銀行振込・現金書留・他：） ○生活費の支出	
①欄（ア）の方の扶養状況について	毎月 _____ 円	毎月 合計 _____ 円
	賞与時 _____ 円／回・年 _____ 回	内訳 [_____]
	○送金（銀行振込・現金書留・他：） ○生活費の支出	
①欄（イ）の方の扶養状況について	毎月 _____ 円	毎月 合計 _____ 円
	賞与時 _____ 円／回・年 _____ 回	内訳 [_____]

★以下の「雇用保険にかかる同意欄」は、以前に雇用保険の加入期間があり（⑨欄・有と回答）、現在は資格喪失している場合は記入

雇用保険にかかる同意欄	(認定対象者) _____ は、雇用保険の失業等給付を次の理由により受給しておりません。	
	1. 申請前	: 申請予定 _____ 年 _____ 月頃 ★申請次第、「雇用保険受給資格者証」写しを提出
	2. 待期及び給付制限期間中	: ★「雇用保険受給資格者証」写しを添付
	3. 受給期間延長申請前	: 申請予定 _____ 年 _____ 月頃 ★入手次第、「延長通知書」写しを提出 延長理由を選択 → (1. 妊娠、出産、育児のため：出産予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日、2. 他)
	4. 受給期間延長中	: ★「延長通知書」写しを添付
	5. 受給放棄	: 理由を記入 (_____)
6. 受給資格なし	: 理由を選択 → (1. 被保険者期間不足 2. 受給期間満了 3. 他 : _____)	
被保険者 (申請者)	雇用保険の失業給付を受けるときは、受給開始日から被扶養者を抹消いたします。 失業給付受給期間中に健康保険被保険者証を使用した場合は、その治療費を返還することを誓約します。 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
被保険者 (申請者)	氏名 _____	
雇用保険被保険者番号	_____ - _____ - _____	健康保険組合使用欄
認定対象者住所・氏名	サニーピア健康保険組合が公共職業安定所に対して、給付金受給の有無等に関して照会し、回答を求めることに同意します。なお、本書につきまちは複写でも有効であることに同意します。	
	住所 (〒 _____)	
	氏名 _____	

上記のとおり相違ないことを証明する。

事業所所在地 _____

事業所名称 _____

事業主氏名 _____

この現況届は、被扶養者の認否にかかわる重要な書類です

記載内容を他の目的に利用することはありませんので、正確に記入願います。なお、事実と相違したことが判明した時は、被扶養者の認定を取り消し、当組合が支給した保険給付費の返還を求める場合があります。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

受付日付印

被保険者本人以外に扶養している方がいない場合は、空欄部分に斜線を引いてください。