

健康保険被扶養者現況届

認定対象者の状況	認定対象者氏名		被保険者との続柄		
	住所				
	1. 今後1年間の収入見込額について、下の該当する番号に○印を付け、①以外は金額を記入してください。				
	① 無収入 (理由: _____)				
	② パート・アルバイト ¥ _____				
	③ 不動産・家賃収入 ¥ _____				
	④ 年金・恩給 ¥ _____ 年金種類:{老齢・遺族・障害・企業・恩給・その他(_____)} 年金				
	⑤ その他(_____) ¥ _____				
	2. 雇用保険の受給(予定)はありますか			あり ・ なし	
	◆雇用保険の受給(予定)がない場合 その理由の番号に○印をつけてください。				
①雇用保険の適用外であった ②雇用保険被保険者期間の不足 ③延長手続中(理由: _____)					
④待期中・給付制限期間中(受給開始予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日) ⑤受給の意思がない					
◆雇用保険の受給(予定)がある場合 退職理由の番号に○印をつけ、②の場合は()内にも○印を付けてください。					
①定年退職 ②自己都合(疾病・出産・その他) ③会社都合					
3. (女性の場合)出産手当金の受給(予定)はありますか			あり ・ なし		
※出産手当金の受給(予定)がある場合			出産(予定)日:(_____ 年 _____ 月 _____ 日)		
4. 傷病手当金の受給(予定)はありますか			あり ・ なし		
※傷病手当金の受給(予定)がある場合			終了(予定)日:(_____ 年 _____ 月 _____ 日)		
上記のとおり、相違ありません。			令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
現住所 被保険者氏名					

関東めつき健康保険組合(R4.10)

※申し出の内容が実際と相違している場合には、被扶養者の資格が遡って取り消されることがあります。