

◆正確な記入がないと、扶養認定ができませんので該当する欄は必ず記入してください

iDA健康保険組合 理事長 殿

被扶養者現況届

下記記載のとおり相違ありません。

被保険者証 記号・番号		被保険者 氏名	
----------------	--	------------	--

① あなたと家計を共にする方全員の構成について、必ず記入してください。

	氏名	続柄	年齢 歳	同居・別居	職業	年収(見込) 万円	別居の場合 住所
1				同居・別居			
2				同居・別居			
3				同居・別居			
4				同居・別居			
5				同居・別居			
6				同居・別居			

② 今回被扶養者の認定を受ける方について記入してください。

扶養家族に 入れる方の 氏名を記入 してください		扶養家族に 入れる理由 (該当番号に ○をつける)	1. 仕事を辞めた 2. 結婚 3. 失業保険の支給が終わった 4. 以前に比べ収入が減って年間収入が130万円未満になった 5. その他 具体的に { }
-----------------------------------	--	------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------

③ 認定を受ける方の失業給付について記入してください。※上記②で「1. 仕事を辞めた」と回答した方は必ず記入してください。

失業保険を受ける 予定はありますか	受給 する	受給 しない	受給期間延長 の手続をする	受給資格 なし	退職日	年 月 日
----------------------	----------	-----------	------------------	------------	-----	-------

④ 上記②で「4. 収入が減った」と回答した方はその状態を記入してください。

収入が減る原因 はなんですか (該当番号に○)	1. 勤務時間 が減った	2. 勤め先が 変わった	3. その他(詳しく記入)	どのように 減りましたか	いつから 毎月	月から 万円から 万円に 減った
-------------------------------	-----------------	-----------------	---------------	-----------------	------------	------------------------

⑤ 扶養認定を受ける方の状況について記入してください。

現在加入している 健康保険制度は何ですか	1. 勤務先の社会保険 (会社名)	2. 任意継続 保険	3. 国民健康 保険	4. 未加入
-------------------------	----------------------	---------------	---------------	--------

⑥ 扶養認定を受ける方の年金を受給について記入してください。

年金は受けて いますか	はい・いいえ・受けられない	受けている年金の種類は (該当するものすべてに○)	基礎 年金	厚生 年金	遺族 年金	障害 年金
----------------	---------------	------------------------------	----------	----------	----------	----------

⑦ 扶養認定を受ける方が被保険者と別居の場合は記入してください。

その方には毎月いくら生計費 を送金していますか	万円	その方は単身でお住まいですか、同居す る方がいますか(どちらかに○)	単身 ・ 同居人あり
----------------------------	----	---------------------------------------	------------

同居人ありの場合 その方について記 入してください	続柄	氏名	年齢 歳	職業	年間収入(見込) 万円
					万円

(収入のある方が同居している場合、その方が扶養できない理由は何ですか)

⑧ 離婚により子供を扶養する場合は記入してください。

相手方から生活費等を受け取る場合はその金額を記入してください。	万円
---------------------------------	----

⑨ 配偶者についてご記入ください。

配偶者の有無	有 ・ 無	配偶者「有」の場合は収入見込額を ご記入ください。	<input type="checkbox"/> 給与収入等 【年額】 _____ 万円 <input type="checkbox"/> 育児休業給付金【月額】 _____ 万円
--------	-------	------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------