

提出先: 事業所(会社)

扶養認定対象者現況届【父母他】

健保捺印欄	常務理事	事務長		担当者

本届は扶養認定対象者1名につき1枚必要です。必要書類を添付の上、事業所の健保担当者に提出してください。
届出が申請事由発生日から1ヶ月を超える場合は、受付日(全ての必要書類が確認出来た日)が認定日となります。

記号-番号	事業所名(社名)	被保険者氏名	住 所	
-			〒	
扶養認定対象名(父母他)	続 柄	年齢	扶養認定対象者の配偶者の有無	被保険者との同別居の区分
	<input type="checkbox"/> 実の <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 義理の <input type="checkbox"/> 母 ()		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 離別・ <input type="checkbox"/> 死別	<input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居
別 居 の 理 由			別 居 の 住 所	
			〒	
			TEL	

必要書類 ①～④全て必須	<input checked="" type="checkbox"/> ① 扶養認定対象者現況届(本紙)	<input type="checkbox"/> ③ 課税または非課税証明書(最新版の原本)
	<input type="checkbox"/> ② 住民票(個人番号・続柄の記載のある原本)	<input type="checkbox"/> ④ 下記の該当する書類
『配偶者有』の場合 ⑤も必須	<input type="checkbox"/> ⑤ 配偶者の課税または非課税証明書(最新版の原本)および年収(給与・年金)を証明できる書類	
『別居』の場合 ⑥も必須	<input type="checkbox"/> ⑥ 仕送り額を証明できる書類直近3ヶ月分(通帳コピー・振込明細書等 送金側と受取側の氏名が確認できること) 手渡しまたは複数月の一括送金は不可(認定後も提出を求めることがあります) 注:生計維持関係が認められない場合は認定不可	

1～4は該当する項目に☑を付け、5は理由を記入してください。全て必須です。

1. 届出を出す(申請)理由 (必須)		
申 請 事 由	申 請 事 由 発 生 日	必 要 書 類
<input type="checkbox"/> 被保険者が当組合の資格を取得した	取得日 令和 年 月 日	2. 『扶養認定対象者の現在の状況と今後の収入』の必要書類参照
<input type="checkbox"/> 扶養認定対象者が退職した 失業給付を <input type="checkbox"/> 受給しない(放棄・受給権なし) <input type="checkbox"/> 受給する予定	退職日 令和 年 月 日	1. 退職日または資格喪失日の分かる書類(受給日額により認定不可の場合あり) 2. 失業給付を受給しない場合は、その旨が記載された離職票または雇用保険受給資格者証
<input type="checkbox"/> 扶養認定対象者の収入が減少(退職以外)	-	2. 『扶養対象者の現在の状況と今後の収入』の必要書類参照
<input type="checkbox"/> 扶養認定対象者の失業給付が受給終了	終了日 令和 年 月 日	雇用保険受給資格者証の両面コピー(受給終了日が確認できること)
<input type="checkbox"/> 扶養認定対象者の傷病手当金が受給終了	終了日 令和 年 月 日	受給終了日の確認できる書類
<input type="checkbox"/> その他()		

2. 扶養認定対象者の現在の状況と今後の収入 (必須)		
収入がある または 収入が減少した	<input type="checkbox"/> 給与収入 (パート・アルバイト含む)	1. 雇用契約書または過去3ヶ月分の給与明細 2. 認定された月から3ヶ月分の給与明細も後日提出必須 注:年間130万円を超える場合は認定不可
	<input type="checkbox"/> 給与収入減少	1. 加入していた健康保険組合の資格喪失証明書 2. 認定された月から3ヶ月分の給与明細も後日提出必須 注:年間130万円を超える場合は認定不可
	<input type="checkbox"/> 年金収入 (老齢・遺族・障がい・個人等)	直近の年金受給額の分かる書類(振込通知書・改定通知書・年金証書) 注:年間180万円を超える(給与収入あれば含む)場合は認定不可
	<input type="checkbox"/> 給付金受給 (失業・傷病等)	失業:雇用保険受給資格者証の両面コピー 傷病:受給額・受給終了日等が確認できる書類
	<input type="checkbox"/> その他の収入がある()	
収入がない	<input type="checkbox"/> 無職	-
	<input type="checkbox"/> その他()	

3. 扶養認定対象者が加入していた(している)健康保険組合 (必須)	
<input type="checkbox"/> 社会保険 ()	健康保険組合)
<input type="checkbox"/> 国民健康保険	
<input type="checkbox"/> 未加入	

4. 扶養認定対象者の健康状態 (必須)	
<input type="checkbox"/> 良 好	
<input type="checkbox"/> 受診中	(傷病名) (医療機関名)

5. この届を提出する事由 (必須)	
扶養しなくてはならない理由および他に一緒に面倒をみている兄弟等がいればその状況も記入してください。	

ユアサ健康保険組合 理事長 殿

漏れなく記入しましたので、上記の通り現況を届けます。この届により被扶養者として認定を受けたあと、事実と相違があった場合、被扶養者認定日に遡って被扶養者資格を取り消されても異議はありません。またその際には、貴健康保険組合が負担した医療費、保険給付金等は全額返済致します。

令和 年 月 日

被保険者自署

自署の場合㊟省略可

㊟

健保受付印