

被扶養者現況届(2) 60歳以上の方を扶養申請するとき

* 該当箇所に☑、または記入してください

被扶養申請者氏名	生年月日	続柄	同別居	被扶養申請者が配偶者以外の場合、いずれかに○	被保険者氏名
	昭和・平成 年 月 日		同 別 二 居 居 世 帯	配偶者が貴殿の健康保険上 扶養・非扶養・配偶者なし	

I. 被保険者が被扶養申請者(以下申請者)を扶養するに至った理由について

<input type="checkbox"/> 被保険者の東邦ガス健保組合加入に伴うもの	<input type="checkbox"/> 退職	<input type="checkbox"/> 扶養する者がいなくなった(具体的に)
<input type="checkbox"/> 収入減(具体的に)	<input type="checkbox"/> 東邦ガス健康保険任意継続への切替	<input type="checkbox"/> 失業保険受給終了 <input type="checkbox"/> その他

II. 申請者が親の場合、申請者の配偶者の有無 → 有り(Aへ記入) 無し(Bへ記入)

A. 申請者の配偶者収入について * 複数☑可(配偶者の収入証明のコピー添付・・・年金通知書・所得証明書等)

収入の種類: <input type="checkbox"/> 給与収入	<input type="checkbox"/> 年金(老齢・遺族・障害・農業)	<input type="checkbox"/> 恩給	<input type="checkbox"/> その他()
月額¥	年額¥	* 複数収入の場合は合計額を記入	

B. 申請者に配偶者がいない場合、その理由について

<input type="checkbox"/> 未婚	<input type="checkbox"/> 離婚(昭平令 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 配偶者死亡(昭平令 年 月 日)
<input type="checkbox"/> その他()		

III. 申請者が直近まで加入していた健康保険について

<input type="checkbox"/> 未加入	<input type="checkbox"/> 国民健康保険加入	<input type="checkbox"/> 前職の任意継続保険加入(喪失年月日 年 月 日)
<input type="checkbox"/> 被保険者以外の被扶養者だった(被保険者氏名 続柄)		
<input type="checkbox"/> 被保険者の被扶養者だった(任意継続への切替も含む) <input type="checkbox"/> 勤務先の健康保険に加入		

IV. 申請者の年金収入について

<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 受給年齢に達していない <input type="checkbox"/> 加入期間不足 <input type="checkbox"/> 亡き配偶者が自営業・農業であった		
	<input type="checkbox"/> その他()		
<input type="checkbox"/> 有 共 済 年 金 を 含 む	<input type="checkbox"/> 会社等を退職した方	老齢厚生年金・厚生年金基金	年額 千円
	<input type="checkbox"/> 65歳以上の方	老齢基礎年金(国民年金)	年額 千円
	<input type="checkbox"/> 軍人、公務員等であった方又はその遺族	恩給	年額 千円
	<input type="checkbox"/> 農業年金に加入していた方	農業者年金	年額 千円
	<input type="checkbox"/> 配偶者の亡くなっている方	遺族厚生年金、遺族基礎年金	年額 千円
	<input type="checkbox"/> 障害をお持ちの方	障害厚生年金、障害手当金、障害基礎年金	年額 千円
	<input type="checkbox"/> その他(名称:)		年額 千円

V. 申請者の年金収入以外について → 有り(下記へ記入) 無し(Cへ記入)

収入の種類または勤務先名	入社日	平・令 年 月 日
直近6ヶ月の収入 今後1年間の見込額 (¥)	月分	月分
	月分	月分
	月分	賞与

C. 収入の無い方 → 過去3年間無職・無収入(下記記入不要) 過去3年間に収入有(下記へ記入)

<input type="checkbox"/> 給与収入	<input type="checkbox"/> 自営業(業種:)	<input type="checkbox"/> 農業・漁業	<input type="checkbox"/> その他()
会社名	退職・廃業日	平・令 年 月 日	(勤続 年 ヶ月)
退職理由	<input type="checkbox"/> 本人都合 <input type="checkbox"/> 事業主都合(定年・早期退職・解雇・その他())		
	<input type="checkbox"/> 廃業(具体的に) * 廃業届: 有・無)		

雇用保険(失業給付)についてもお答え下さい

<input type="checkbox"/> 受給資格を放棄する	<input type="checkbox"/> 受給延長申請予定(理由: 出産 疾病 介護 その他)	<input type="checkbox"/> ○を付けてください
<input type="checkbox"/> 受給が終了した	<input type="checkbox"/> 給付制限期間中(失業給付受給予定)	<input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> 受給資格無し(理由: 公務員・自営業・勤務時間 20h未滿等) 記入か○を付けてください		

VI. 別居扶養の方はご記入下さい → 別居の理由:()

直近6ヶ月の 送金額	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
¥	¥	¥	¥	¥	¥	¥
送金開始日: 令和 年 月	申請者と同居している者の氏名					続柄