

被扶養者現況届(1) 60歳未満の方を扶養申請するとき(新生児は必要なし)

\* 該当箇所に☑、または記入してください

* 該当箇所に☑、または記入してください				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
被扶養申請者氏名	生年月日	続柄	同別居	配偶者が貴殿の健康保険上 扶養・非扶養・配偶者なし	
	昭・平・令 年 月 日		同 別 居 居 居 二世帯		

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加入に伴うもの	<input type="checkbox"/> 結婚	<input type="checkbox"/> 退職	<input type="checkbox"/> 収入減(具体的に )
<input type="checkbox"/> 失業給付受給終了	<input type="checkbox"/> 東邦ガス健保任意継続への切替	<input type="checkbox"/> 扶養する者がいなくなった(具体的に )	

II. 申請者に配偶者がいない場合、その理由について(申請者が親の場合はⅢもご記入下さい)

<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. 申請者が親の場合、申請者の配偶者の有無 → 有り(Aへ記入) 無し

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	

IV. 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

V. 申請者の収入について、有りの方はAへ無い方はBへ

A. ①給与収入の有る方(パート・アルバイト・派遣等) ※交通費を含む金額をご記入下さい

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 月分 賞与

A. ②給与以外の収入のある方(家賃・障害年金・児童扶養手当・養育費等)

収入の種類:	収入の種類:	収入の種類:
月額 ¥	月額 ¥	月額 ¥

B. 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(下記にご記入下さい)

<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"/> 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. 申請者が子供または学生の方 ( 小学生以下 小学校 中学校 高校 専門学校 大学 その他 )

学校名		入学日	平成・令和 年 月 日
-----	--	-----	-------------

VII. 別居扶養の方はご記入下さい (※住所は住民票の住所をご記入ください)

別居の理由:						
住所※:						
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		