

健康保険 被扶養者現況表 (1/2)

東京都情報サービス産業健康保険組合

子(大学(専門学校)生、高校生、中学生～未就学児)は不要です

※申請1名につき1部(2枚1組)ご提出ください

記入欄

1. 基本情報

(1) 被保険者(本人)

記号		番号		氏名	
----	--	----	--	----	--

(2) 被扶養者(家族)

氏名		年齢		続柄		被保険者との世帯	同居・別居
----	--	----	--	----	--	----------	-------

※別居の場合は、別途「被扶養者申請にかかる申立書(別居用)」の記載も必要となります。

2. 被扶養者の収入状況

(1) 申請日より今後1年の収入見込み (あり・なし)

〈「あり」の場合、1ヶ月あたりの収入内訳〉

①給与収入	月		円
②公的年金			
・国民年金(老齢・障害・遺族)	月		円
・厚生年金(老齢・障害・遺族)	月		円
・共済年金(老齢・障害・遺族)	月		円
③個人年金・企業年金	月		円
④自営業・フリーランスによる所得(売上ー必要経費)	月		円
⑤不動産所得(売上ー必要経費)	月		円
⑥利子や配当金による収入	月		円
⑦その他収入()	月		円

合計 円 × 12月 = 年間 円

(2) 2年以内に退職している場合、直近の退職日(契約変更の場合は、契約変更日)

退職日(契約変更日) 年 月 日

(3) 失業給付の受給予定 (あり・なし・延長) 受給終了 年 月 日

〈「あり」の場合、以下を記載〉 ※不明の場合はハローワークにご確認ください

・失業給付受給開始日 月 日

・基本手当日額 円/日 (認定基準金額: 60歳未満3,612円未満、60歳以上5,000円未満)

(4) 傷病手当金・出産手当金の受給状況 (受給中・受給予定あり・受給予定なし)

〈「あり」の場合、以下を記載〉

・給付金名 ()

・日額 円/日 (認定基準金額: 60歳未満3,612円未満、60歳以上5,000円未満)

・受給終了 年 月 日

(5) 被保険者以外からの生計費の援助 (あり・なし)

〈「あり」の場合、以下を記載〉

・金額 () 円/月

・氏名 () 続柄 ()

記号

番号

3. 直近で加入している（加入していた）健康保険の状況

(1) 加入している（加入していた）健康保険（該当するものに○）

国民健康保険・健康保険（就業先・任意継続）・健康保険の被扶養者・共済組合・その他（ ）

(2) 加入の状況

現在も加入している ・ 資格を喪失している（抜けた日を下記に記入）

（資格喪失日 年 月 日）

4. 対象者が「父」「母」「兄弟姉妹」「孫、伯父母叔父母、甥、姪、義父母」の場合

(1) 対象者の配偶者について（該当するものに○）

あり・なし（未婚・離婚・死亡・その他（ ））

〈「あり」の場合の配偶者の収入を記載〉

年収 円

(2) 対象者の両親について

健在（年収 父 円 母 円） ・ 別居または不在

5. 被扶養者と同居する親族（被保険者および同時に申請する他の被扶養者を除く）

a.	氏名		続柄		年収		円
b.	氏名		続柄		年収		円
c.	氏名		続柄		年収		円
d.	氏名		続柄		年収		円

6. 被扶養者が6ヶ月以内に出産 または 出産予定がある場合

(1) 出産（予定）日 年 月 日

(2) 直近で加入していた健康保険の名称（全国健康保険協会○○支部、○○国民健康保険、○○健康保険組合など）

（ ）

(3) 勤務先の名称（ ）

(4) もっていた保険証の記号番号 記号 番号

(5) 資格取得日 年 月 日

(6) 資格喪失日 年 月 日

【必ずご署名ください】

上記のとおり相違ありません。記載内容に誤りがあった際は、被扶養者の資格が取り消しされることを了承のうえ、請求された医療費の返還に応じることを誓約いたします。

年 月 日

署名（被保険者）

署名が自書ではない場合、下記の□にチェック✓を入れ

てください

被保険者は、この現況表の記載内容を確認してお

り、上記の誓約内容を承知しています □