

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

※必ずお読みください

- ・ 1～6まで、該当する項目をすべてご記入ください。※該当しない項目は記入不要です
- ・ 記入内容に虚偽が発覚した場合、認定を遡って取り消し医療費を返還いただく場合があります。
- ・ 別途添付書類が必要な方について、添付がない場合には「返戻」となります。

※添付書類については「添付書類一覧表」を必ずご確認ください

- ・ 届出は、被保険者の所属する事業所経由でご提出ください。保険証のお渡しも事業所経由になります。
- ・ 被扶養者の認定基準は以下のとおりです。該当する場合のみご申請ください。
 - ①申請日より、今後1年の収入見込みが、130万円未満(60歳以上又は障害年金受給者は180万円未満)
 - ②3親等内の親族(配偶者・子(養子含む)・父・母・兄弟姉妹・孫以外は同居のみ)
 - ③被保険者が「主たる生計維持者」である(経済的に扶養をしている)
 - ④国内に居住している(「例外要件」該当者を除く)

*マイナンバーを届出書に記入いただくことで、省略できる添付書類があります。また、医療機関におけるオンライン資格確認においてもマイナンバーは必要な情報となりますので、同時のご提出をお願いいたします。

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
----	--	----	--	----	--	----------	-------

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〉

給与収入	月		円
営業収入(売上-必要経費)	月		円
公的年金(老齢基礎・厚生・障害・遺族・共済)	月		円
個人年金	月		円
不動産収入	月		円
傷病手当金	月		円
出産手当金	月		円
株式配当金	月		円
被保険者以外からの生活費の負担	月		円
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

退職日 年 月 日

記号

番号

(3) 失業給付の受給予定 あり・なし・延長 ・受給終了 (年 月 日)

(4) (3) がある場合の受給開始日と金額 ※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)

3. 直近で加入している (加入していた) 健康保険の状況 (該当するものに○)

(1) 加入している (加入していた) 健康保険

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 ())

(2) 上記が「あり」の場合の配偶者の収入

年収 円

(3) 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. 被扶養者の世帯状況

(1) 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