

被扶養(申請)者現況届 (この届は18歳以上の方を申請する際に必要です)

記号番号 **11 - 1234** 被保険者氏名 **健保太郎**

I 被扶養申請者(以降「申請者」と言う)について					
氏名(年齢)	健保花子 (37才)	続柄	妻	世帯	同居・別居
生年月日	昭和 平成 令和 56年 6月 6日	配偶者	有・無 (未婚・離別・死別)		
医療助成	無・有 (内容:)	分娩予定	無・有 (予定日:R 1.11.21)		

II 申請理由について
扶養するに至った年月日とその理由を詳しく記入して下さい。

令和1年5月1日に退職した為

III 申請前の申請者の状況について
①現在加入中または今まで加入していた保険の種類について ※1・2の方は[]内も○をつける
1. 健保組合「被保険者・被扶養者」 2. 全国健康保険協会(旧 政管健保) [被保険者・被扶養者]
3. 国民健康保険(市町村名:) 4. 共済組合 5. その他()

②申請者への生計費をあなたはどの程度負担していますか? 負担額と負担比率を記入して下さい。
月あたりの負担額: **約 80,000** 円
負担比率: 1. 30%未満 2. 30%~50% 3. 50%~80% 4. **80%以上**

③あなた(被保険者)以外に申請者の扶養義務者または生活支援者はいますか?
はい(扶養義務者等について記入してください) **・いい** ※「いい」の場合は④へ

A 1.氏名 2.年齢 歳 3.住所
4.申請者との続柄 5.職業 6.年収 円
7.支援額 円/月★0円のときはその理由()
B 1.氏名 2.年齢 歳 3.住所
4.申請者との続柄 5.職業 6.年収 円
7.支援額 円/月★0円のときはその理由()

④申請者は職業がありますか?
無→過去3年間に退職しましたか? **はい**・いいえ ※「はい」の場合は⑤へ
有→勤務先名: 平均勤務時間 時間/日 平均勤務日数 日/月

⑤過去3年間に退職された場合は記入して下さい。

勤務先名	トヨタ紡織株式会社	任意継続	加入している 加入していない
入社日	昭和 平成 令和 21年 4月 1日	退職日	平成 令和 1年 5月 1日

退職理由 **妊娠・出産の為** (どちらか○をつけて下さい)
自己都合・会社都合

失業給付
在職中雇用保険に加入されていましたか? 加入(以下も記入)・未加入
1. 受給終了… 終了日:平成 令和 年 月 日
2. 受給中… 受給開始日:平成 令和 年 月 日より 日間
3. 受給申請予定… 申請:平成 令和 年 月頃 受給開始:平成 令和 年 月頃
4. **延長中(延長予定も含む) … 申請予定日:平成 令和 2年 12月頃**
5. 給付申請しない

記入例① (妻が5/1に退職した時)

IV その他					
続柄	氏名	年齢	同居・別居	職業(勤務先)又は学年	年収
長男	健保次郎	2	同居・別居		0 万円
			同居・別居		万円
			同居・別居		万円
			同居・別居		万円

V 申請者の現在の収入について ※今後1年間の見込み。収入がない欄は「0」と記入		
収入の内訳	収入の有無	年間収入
①会社等で働いている 1. 正規社員 2. パート 3. アルバイト 4. その他()	有・ 無	0 円
②自営業を営んでいる 1. 自営 2. 農業 3. 漁業 4. 林業 5. その他()	有・ 無	0 円
③年金・恩給等を受給している 1. 公的年金(老齢年金・遺族年金・障害年金等) 2. 私的年金 3. 企業年金 4. 恩給 5. その他()	有・ 無	0 円
④保険給付金を受給している 1. 傷病手当金 2. 労災 3. 出産手当金 4. その他()	有・ 無	0 円
⑤その他の収入がある 1. 不動産所得 2. 利子配当所得 3. その他()	有・ 無	0 円
年間収入合計(収入証明の書類を添付)		0 円

VI 申請者が別居の場合の申請について(別居の場合のみ記入。単身赴任は不要)
①申請者と同居している収入がある方について記入して下さい。

続柄	氏名	年齢	職業(勤務先)等	年間収入
				円
				円

上記の方が申請者を扶養できない理由

②被保険者から申請者への生計援助費(仕送り)について
毎月の仕送り額 円 ※必ず送金の確認できるもの(預金通帳の写し)を添付して下さい。

VII 被保険者署名捺印欄
本届の申告に事実と相違があった場合、被扶養者の認定を取り消すとともに、その間にかかった医療費・保険給付費・保険関係利用費等 健康保険組合が負担した金額を全額返納致します。
被保険者氏名 **健保太郎** **健保**

◆故意による虚偽の届出をした場合は健康保険法により処罰されます。
◆お問い合わせ先 トヨタ紡織健康保険組合 適用・給付グループ Tel 0566-26-0305 (内線 811-3050)
個人情報の保護について: この情報は健康保険の事業のみに使用し、その他の目的には使用致しません。

被扶養(申請)者現況届 (この届は18歳以上の方を申請する際に必要です)

記入例② (5/1から母を入れたい場合)

記号番号 **11 - 1234** 被保険者氏名 **健保太郎**

I 被扶養申請者(以降「申請者」と言う)について					
氏名(年齢)	健保 組子 (61才)	続柄	母	世帯	同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input checked="" type="checkbox"/>
生年月日	昭和 平成 令和 32年 8月 1日	配偶者	有・無	未婚	離別 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/>
医療助成	無 (有(内容: 障害者))	分娩予定	無	有(予定日:R . . .)	

II 申請理由について
扶養するに至った年月日とその理由を詳しく記入して下さい。

平成31年4月30日に父が亡くなり、母の面倒をみることになった為

III 申請前の申請者の状況について
①現在加入中または今まで加入していた保険の種類について ※1・2の方は[]内も○をつける
1. 健保組合 [被保険者・被扶養者] 2. 全国健康保険協会(旧 政管健保) [被保険者・被扶養者]
3. 国民健康保険(市町村名:) 4. 共済組合 5. その他()

②申請者への生計費をあなたはどの程度負担してありますか? 負担額と負担比率を記入して下さい。
月あたりの負担額: **80,000** 円
負担比率: 1. 30%未満 2. 30%~50% **3. 50%~80%** 4. 80%以上

③あなた(被保険者)以外に申請者の扶養義務者または生活支援者はいますか?
はい (扶養義務者等について記入してください) ・ いいえ ※「はい」の場合は④へ

A 1.氏名 **健保 合子** 2.年齢 **23** 歳 3.住所 **刈谷市豊田町2丁目2番地**
4.申請者との続柄 **長女** 5.職業 **会社員** 6.年収 **2,000,000** 円
7.支援額 **3万** 円/月★0円の場合はその理由()

B 1.氏名 2.年齢 歳 3.住所
4.申請者との続柄 5.職業 6.年収 円
7.支援額 円/月★0円の場合はその理由()

④申請者は職業がありますか?
無 → 過去3年間に退職しましたか? **はい・いいえ** ※「はい」の場合は⑤へ
有 → 勤務先名: 平均勤務時間 時間/日 平均勤務日数 日/月

⑤過去3年間に退職された場合は記入して下さい。

勤務先名		任意継続	加入している	加入していない
入社日	昭和 平成 令和 年 月 日	退職日	平成 令和 年 月 日	
退職理由	(どちらか○をつけて下さい) 自己都合 ・ 会社都合			
失業給付	在職中雇用保険に加入されていましたか? 加入 (以下も記入) ・ 未加入 1.受給終了 … 終了日:平成 令和 年 月 日 2.受給中 … 受給開始日:平成 令和 年 月 日より 日間 3.受給申請予定 … 申請:平成 令和 年 月頃 受給開始:平成 令和 年 月頃 4.延長中(延長予定も含む) … 申請予定日:平成 令和 年 月頃 5.給付申請しない			

続柄	氏名	年齢	同居・別居	職業(勤務先)又は学年	年収
長女	健保 合子	23	同居 別居	TB自動車	200 万円
			同居・別居		万円
			同居・別居		万円
			同居・別居		万円

V 申請者の現在の収入について ※今後1年間の見込み。収入がない欄は「0」と記入

収入の内訳	収入の有無	年間収入
①会社等で働いている 1.正規社員 2.パート 3.アルバイト 4.その他()	有 無	0 円
②自営業を営んでいる 1.自営 2.農業 3.漁業 4.林業 5.その他()	有 無	0 円
③年金・恩給等を受給している 1.公的年金(老齢年金 遺族年金 ・障害年金 等) 2.私的年金 3.企業年金 4.恩給 5.その他()	有 ・無	85万 円
④保険給付金を受給している 1.傷病手当金 2.労災 3.出産手当金 4.その他()	有 無	0 円
⑤その他の収入がある 1.不動産所得 2.利子配当所得 3.その他()	有 無	0 円
年間収入合計(収入証明の書類を添付)		85万 円

VI 申請者が別居の場合の申請について(別居の場合のみ記入。単身赴任は不要)
①申請者と同居している収入がある方について記入して下さい。

続柄	氏名	年齢	職業(勤務先)等	年間収入
長女	健保 合子	23	TB自動車	200 万円
				円

上記の方が申請者を扶養できない理由 **1人で扶養できるだけの収入がない為**

②被保険者から申請者への生計援助費(仕送り)について
毎月の仕送り額 **80,000** 円 ※必ず送金の確認できるもの(預金通帳の写し)を添付して下さい。

VII 被保険者署名捺印欄
本届の申告に事実と相違があった場合、被扶養者の認定を取り消すとともに、その間にかかった医療費・保険給付費・保険関係利用費等 健康保険組合が負担した金額を全額返納致します。
被保険者氏名 **健保太郎** **健保**

◆故意による虚偽の届出をした場合は健康保険法により処罰されます。
◆お問い合わせ先 トヨタ紡織健康保険組合 適用・給付グループ Tel 0566-26-0305 (内線 811-3050)
個人情報の保護について : この情報は健康保険の事業のみに使用し、その他の目的には使用致しません。