被保険者及び被扶養者の現況書

被保険者情報

記号	番号	被保険者氏名	年間収入	給与以外（年金,不動産,その他）
10, 30,40, 99 ※該当の記号に○印			円	円

扶養対象者氏名	続柄	年齢	住所
		歳	〒 TEL　同居・別居・二世帯住宅
		歳	〒 TEL　同居・別居・二世帯住宅

扶養状況の確認　※該当区分に○印または、□にチェックを入れて下さい。

①今までの健康保険名称（健康保険組合・国民健康保険・共済組合など）
健康保険組合名（　　健康保険組合）その他（　　）
被保険者・被扶養者の区分（被保険者・被扶養者・任意継続被保険者）
②扶養対象者の配偶者の有無（有・無）
配偶者有の方は年間収入（約＿＿＿＿＿万円）※収入の確認できる書類を添付下さい。
配偶者無の場合（未婚・離婚・死別）　死別の場合遺族年金の有無（有・無）
③被保険者が扶養しなければならない理由
□退職した　□結婚した　□雇用保険（失業給付）受給終了による　□収入減少による
□その他
詳細理由：……
……
……
……
④雇用保険（失業給付）の受給状況
受給しない・・□受給資格なし
　　□受給資格はあるが受給しない（理由：　　）
□受給する（平成　　年　　月　　日）□申請中　（平成　　年　　月　　日申請）
□延長手続き中（平成　　年　　月　　日届出）

被保険者以外の扶養義務のある方
☆自身の親であればあなたの兄弟姉妹など、妻の親であれば妻を含め妻の兄弟姉妹など

氏名	続柄	月手取額	住所（市区郡まで）		援助の有無（月額）
		円		同居・別居	有（　　円）無
		円		同居・別居	有（　　円）無
		円		同居・別居	有（　　円）無
		円		同居・別居	有（　　円）無

扶養対象者の収入状況（収入があるものをもれなく記入して下さい。）

※収入は、申請日以降１年間の収入について記入して下さい。

給与（パート・アルバイト）		年額　　円
年金・恩給	老齢・遺族・企業・障がいなど	年額　　円
事業収入（商業・自由業等） 農業収入・不動産収入	総収入から直接的必要経費※1 を控除した額を記入します	年額　　円
利子・配当収入	預貯金・有価証券利子・株式配当など	年額　　円
出産手当金・傷病手当金	受給見込期間 年　月　日 ～　年　月　日	月額　　円
雑収入	副業収入（原材料・講演料など）	年額　　円
被保険者からの仕送り	生活費、養育費等、援助費総額	年額　　円
被保険者以外からの仕送り	生活費、養育費等、援助費総額	年額　　円
その他		年額　　円

※１直接的必要経費申告書をあわせて提出下さい。

扶養対象者の住居について（別居の場合）□にチェックを入れて下さい。

①別居している理由

……

……

別居先の同居者（有・無）

※有の場合、別居先の同居者が扶養対象者の生計を維持できない理由

……

……

②住居：□持家　□借家　□社宅　□その他（　　）

※賃貸の場合は賃借料、持家でローン返済がある場合はその額（月額：＿＿＿＿＿＿円）

③被保険者からの仕送り

毎月：＿＿＿＿＿＿円　　賞与時：＿＿＿＿＿＿円　　年間合計：＿＿＿＿＿＿円

④仕送り方法（※）

□銀行振込　□現金書留　□その他（　　）

（※）直近３カ月分の仕送り明細を必ず添付して下さい。

毎年被扶養者の資格調査を行いますので、必ず仕送り明細の控を保管しておいて下さい。

【扶養認定に関する誓約書】

本届書に記載した内容は事実と相違ありません。本届書に記載した内容が事実と相違していた場合は、申請時に遡及し扶養の取消が行われても異議を申し立てしません。

また、その間グラクソ・スミスクライン健保組合が負担した医療給付費を返還いたします。

なお、扶養認定後雇用保険（失業給付）受給開始、収入超過や就職、別居による生活費の援助等の事実が無くなり、扶養状況に変更があった場合には、速やかに事業主宛に扶養抹消の手続きを行います。

グラクソ・スミスクライン健康保険組合理事長　殿

平成　　年　　月　　日　　被保険者氏名（自筆）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印