

## 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	1234	健保 太郎	985 万円	0 円

扶養対象者氏名	続柄	年齢	住所
健保 一郎	父	61 歳	〒123-4567 東京都港区赤坂 1-2-3 TEL 同居 <input checked="" type="radio"/> 別居 二世帯住宅
健保 花子	母	58 歳	〒 同上 TEL 同居 <input checked="" type="radio"/> 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 ( <input type="checkbox"/> 健康保険組合) その他 ( <input checked="" type="checkbox"/> 全国健康保険協会 ) 被保険者・被扶養者の区分 (被保険者・被扶養者・ <input checked="" type="checkbox"/> 任意継続被保険者)
② 扶養対象者の配偶者の有無 ( <input checked="" type="checkbox"/> 有・無) 配偶者有の方は年間収入 (約 <u>48</u> 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 <input type="checkbox"/> 退職した <input type="checkbox"/> 結婚した <input checked="" type="checkbox"/> 雇用保険 (失業給付) 受給終了による <input type="checkbox"/> 収入減少による <input type="checkbox"/> その他 詳細理由: <u>両親へは父の退職後生活費を援助していたが、父が雇用保険の受給も終了し、母のパート収入も少ないため、両親を扶養することとした。</u>
④雇用保険 (失業給付) の受給状況 受給しない・・・ <input type="checkbox"/> 受給資格なし <input type="checkbox"/> 受給資格はあるが受給しない (理由: ) <input type="checkbox"/> 受給する (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 申請中 (令和 年 月 日申請) <input type="checkbox"/> 延長手続き中 (令和 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)
田中 良子	妹	0 円	福岡県福岡市	同居 <input checked="" type="radio"/> 別居 有 ( 円) <input checked="" type="radio"/> 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

現在、私の勤務先が地方であり、両親の住んでいる場所と離れているため。

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：\_\_\_\_\_110,000\_\_\_\_\_円 賞与時：\_\_\_\_\_0\_\_\_\_\_円 年間合計：\_\_\_\_\_1,320,000\_\_\_\_\_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、申請時に遡り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

令和 元年 5月 10日 被保険者氏名（自筆） 健保 太郎

印