

常務理事	担 当

富士石油健康保険組合 御中

被扶養者現況届

この届は、被扶養者認定をするために必要な書類ですので、各欄を記入し、該当する□に☑をしてください。なお、被扶養者認定対象者が18歳未満の場合には、本届の提出は不要です。

記入日： 年 月 日

健康保険被保険者証	記号		番号		
被 保 険 者 氏 名		印	配 偶 者 の 有 無 及 び 収 入 状 況	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 被保険者より多い
				<input type="checkbox"/> 収入	<input type="checkbox"/> 被保険者より少ない
				<input type="checkbox"/> 無	

認定対象者の氏名	年齢	続柄	職業（注）	配偶者の有無	同居または別居
	歳			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居

（注）職業欄には、無職、学生、就職等を記入してください。

認定対象者が別居の場合の仕送り額について

毎月の仕送り額	円	特記事項
---------	---	------

認定対象者の今後1年間の収入について（該当する全てをご記入ください。）

<input type="checkbox"/> ①給与（アルバイト・パート等）	円／年
<input type="checkbox"/> ②自営業	円／年
<input type="checkbox"/> ③老齢年金	円／年
<input type="checkbox"/> ④障害年金	円／年
<input type="checkbox"/> ⑤遺族年金	円／年
<input type="checkbox"/> ⑥その他の年金（ ）	円／年
<input type="checkbox"/> ⑦不動産賃料等	円／年
<input type="checkbox"/> ⑧雇用保険失業等給付金	円／年
<input type="checkbox"/> ⑨ <input type="checkbox"/> 傷病手当金 または <input type="checkbox"/> 出産手当金	円／年
<input type="checkbox"/> ⑩その他（ ）	円／年
<input type="checkbox"/> ⑪無収入	
① ～ ⑪の合計金額	円／年

認定対象者の過去2年間における最終職歴について

職歴の有無	<input type="checkbox"/> 無							
	<input type="checkbox"/> 有	勤務先名						
		退職年月日		年		月		日
雇用保険失業等 給付受給の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 自己都合退職のため、待期・給付制限中						
		<input type="checkbox"/> 受給延長中・延長予定						
		<input type="checkbox"/> 受給中						円/日
		<input type="checkbox"/> 受給終了						
	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 失業等給付は受給しない						
		<input type="checkbox"/> 雇用保険加入期間不足						
		<input type="checkbox"/> 雇用保険未加入						

認定対象者を扶養することになった理由について（該当する全てをご記入ください。）

<input type="checkbox"/> ①被保険者が富士石油健康保険組合に加入したため
<input type="checkbox"/> ②被保険者と結婚したため
<input type="checkbox"/> ③退職したため
<input type="checkbox"/> ④事業を廃業したため
<input type="checkbox"/> ⑤退職後加入していた任意継続の資格を喪失したため
<input type="checkbox"/> ⑥雇用形態の変更により収入が減ったため
<input type="checkbox"/> ⑦失業等給付の受給を終了したため
<input type="checkbox"/> ⑧その他（理由： _____ ）

認定対象者が今まで加入していた健康保険について

<input type="checkbox"/> ①国民健康保険
<input type="checkbox"/> ②健康保険組合・協会けんぽ・共済組合等
<input type="checkbox"/> ③健康保険未加入