

【扶養家族追加の申請時に添付してください】

扶 養 現 状 届

被保険者	保険証の記号・番号	社員番号	フリガナ	
				氏名

この届は被扶養者の認定を受ける為に必要な調査書ですので、事実に基づき詳細にご記入ください。

申請対象者氏名(被扶養者)	性別	続柄	生年月日	住所
フリガナ			年 月 日	〒 -

①申請の理由

②被扶養者認定日(生計維持関係の発生した日)	年	月	日	<small>※生計維持関係の発生日より書類提出が1か月以上経過した場合は、通知ができません。オフィスステーションでの初回申請日(郵送の場合は書類の受領日)が認定日となります(出生の場合は1か月以上経過していても出生日まで遡及可能です。)</small>
------------------------	---	---	---	---

③現在加入の健康保険	※すでに喪失している場合は健康保険資格喪失証明書を添付してください。
------------	------------------------------------

④申請対象者の現在の収入について、収入状況、有無を選択し、必要事項を記入してください。

※認定対象者が60歳以上の者である場合または障害者である場合は180万円、19歳以上23歳未満(被保険者の配偶者を除く)である場合は150万円の基準が適用されます。

認定対象者の 今後1年間に 見込まれる収入	収入の種類	有	無	有の場合、その金額	提出書類
	無職・無収入である	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	—	
	給与収入(パート・アルバイト・その他)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円/年	「労働条件通知書や雇用契約書」等の労働契約内容がわかる書類 ない場合は直近3ヵ月分の給与明細の写し
	年金収入(※1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円/年	直近の年金振込通知書の写し
	事業(営業)収入	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円/年	確定申告書の写し・経費明細書(※2)
	不動産収入	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円/年	確定申告書の写し・経費明細書(※2)
	配当収入	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円/年	確定申告書の写し
	雑収入(年金以外)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円/年	確定申告書の写し・経費明細書(※2)
	雇用保険の失業給付(※3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑤にて詳細を記入	雇用保険受給資格者証の写し または離職票Ⅰ・Ⅱの写し
	その他収入(有の場合、具体的な内容を下記に記入)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円/年	収入の内容・金額を証明する書類
(例)傷病手当金・出産手当金等					

※1:「年金収入」は、老齢・障害・遺族等、すべての公的年金を含みます。また、企業年金、個人年金も含みます。

所得税法上の各種控除や経費等を差し引く前の「収入金額」を記入してください。

※2:「経費明細書」は、確定申告時に提出した収支内訳書又は青色決算申告書の写しをご提出ください。

※3:雇用保険の失業給付受給予定の方は「有」にチェックを入れてください。待機期間・給付制限期間中のみ加入できます。

⑤認定対象者が現在無収入で、昨年、一昨年に給与収入があり退職している場合、必要事項を記入してください。

過去の 就労 状況	1. 退職日	年	月	日	
	2. 雇用保険の失業給付について				
	<input type="checkbox"/> 失業給付を受給しない/適用除外者(雇用保険未加入等)に該当する <input type="checkbox"/> 失業給付を受給する予定 ※雇用保険受給資格者証(写)を後日提出してください。 ※待機期間・給付制限期間中のみ加入できます。 <input type="checkbox"/> 失業給付受給を延長する ※受給期間延長通知書(写)を後日提出してください。 <input type="checkbox"/> 失業給付を受給中 ※日額3,612円未満の場合は加入できます。 <input type="checkbox"/> 受給終了したため無収入である				
	受給開始日	年	月	日	基本手当日額:
受給終了日	年	月	日	円 (受給開始予定で日付が未定の場合は記入不要)	

⑥同居・別居	(同居の場合)同居日	年	月	日	(別居の場合)理由
--------	------------	---	---	---	-----------

月の送金額(単身赴任の場合は記入不要) 円※直近3ヶ月分の送金を確認できる書類を添付してください。

送金方法 ※手渡しは不可

⑦父母・義父母・兄弟姉妹等の扶養申請する場合

認定対象者と同世帯に、被保険者以外の18歳以上の親族はいますか?(配偶者・子の申請の場合は記入不要)

認定対象者の世帯同居状況等	同居者名: (認定対象者から見た続柄:) その人が扶養できない理由
---------------	---------------------------------------

U-NEXT HOLDINGS健康保険組合

上記現況での扶養認定後に生計維持者が変更となったり、被扶養者の収入が130万円(月平均108,334円、60歳以上または障害厚生年金を受けられる程度の障害の場合は月平均150,000円)を超える見込みとなった際は、速やかに削除の手続きを行う事を申し添えます。

申請日	年	月	日	申請者名
-----	---	---	---	------