

常務理事	事務長	課長	係長	担当

被扶養者届・現況書

本届に加え、事業主の指定する方法で、認定対象者の個人番号を、事業主を経由して当組合に届け出てください。
 出生直後など個人番号届出をすることができない場合は、住民票を添付してください。
 出生や海外からの転入により、新に個人番号が発行される場合は、通知カードが届き次第、個人番号届出をお願いします。

被 保 険 者 欄	記号	番号	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日	性別	1. 男	2. 女
	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	〒	-					
	年間 収入額	円								

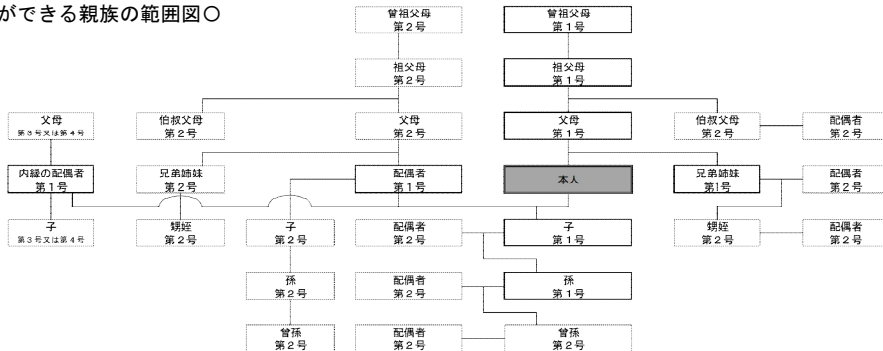
【注】年間収入額は過去の収入、現時点の収入、将来の収入等から今後1年間の収入を見込んだ額を記入してください。
 【添付】被保険者の年間収入が、現在勤務する事業所からの給与収入だけではない場合は、被保険者について収入明細書及び確認書類を添付してください。

被 扶 養 者 欄	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日	性別	1. 男	2. 女	
	続柄	職業	住民票 住所		〒 -							
	前(現)加入健康保険組合	<input checked="" type="checkbox"/> 同上 (被保険者と同じ)										
	被扶養者になった日	9. 令和	年	月	日	家計	1. 被保険者と共にしている 2. 被保険者と共にしていない					
	届出の理由	1. 被保険者の就職 2. 婚姻 3. 離職 4. 出生 5. 収入減少 6. その他 (理由:)				資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要					
	被保険者から見た認定対象者の続柄	1. (第1号) 直系尊属、配偶者 (届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。)、子、孫及び兄弟姉妹 2. (第2号) 3親等内の親族で第1号に掲げる者以外のもの 3. (第3号) 被保険者の配偶者で届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にあるものの父母及び子 4. (第4号) 第3号の配偶者の死亡後におけるその父母及び子であって、引き続きその被保険者と同一の世帯に属するもの 【注】第2号、第3号、第4号の被扶養者は、被保険者と同居している必要があります。										
	認定対象者と被保険者 両者の個人番号の届出	1. している 2. していない				【添付】 「2. していない」に○をした場合は、認定対象者と被保険者の同居の事実を証明する住民票を添付してください。						
	同居 別居	1. 同居 2. 別居	別居の み記入	別居の理由	1. 単身赴任 3. 里帰り出産	2. 病気療養 4. その他	【添付】 別居の理由において「4. その他」に○をし、かつ、認定対象者は16歳未満の子であるかにおいて「2. いいえ」に○をした場合は、「被保険者と同居していない認定対象者に関する調書」を添付してください。					
	年間 収入額	円										
	年間収入額の 区分	1. 認定対象者が60歳未満の場合 130万円未満 2. 認定対象者が60歳以上の場合 180万円未満 3. 認定対象者が障害年金受給者の場合 180万円未満				【注】75歳以上の方や、65歳以上74歳以下の方で、寝たきり等一定の障害があると認定された方は後期高齢者医療制度に加入するため、被扶養者とはできません。						
被扶養者の年間収入は、被保険者の 年間収入の半分未満であるか	1. 半分未満である 2. 半分以上である											

※資格確認書発行要否は、資格確認書の発行が必要な場合は「発行が必要」にチェックを入れてください。以下に該当する場合に限り、マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者、マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者、マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

夫婦共同扶養	配偶者	1. いる 2. いない	【注】配偶者は「届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者」を含みます。
	配偶者の年間収入額	円	【注】年間収入額は過去の収入、現時点の収入、将来の収入等から今後1年間の収入を見込んだ額を記入してください。
	区分	1. 配偶者は、被保険者の被扶養者であり、配偶者について個人番号届出をしている 2. 配偶者は、被保険者と同じ事業所に勤務しており、配偶者の年間収入は、当事業所からの給与収入だけである 3. 「1」、「2」のいずれにも該当しない。	【添付】区分1.2.のいずれにも該当しない場合は、年間収入額と直近の年間所得額を証明するため、配偶者について収入明細書及び確認書類を添付してください。
	被保険者の年間収入額と配偶者の年間収入額の関係	1. 被保険者の年間収入額は、配偶者の年間収入額より多い。 2. 配偶者の年間収入額は、被保険者の年間収入額より多いが、配偶者の年間収入額と被保険者の年間収入額の差額_____円は、配偶者の年間収入額の1割以内である_____%であり、被保険者が主として生計を維持している。 3. 「1」、「2」のいずれにも該当しない。	【注】被保険者の年間収入額は、配偶者の年間収入額より多い必要があります。ただし、夫婦双方の年間収入の差額が年間収入の多い方の1割以内である場合は、被扶養者の地位の安定を図るため、届出により、主として生計を維持する者の被扶養者となります。被保険者の年間収入額と配偶者の年間収入額を比較し、左記の1.~3.のいずれか該当する記号に○をしてください。 (「2.」に○をしたときは、下線部分にも記入してください。)
	配偶者は国民健康保険に加入しているか	1. 国民健康保険に加入している。 2. 国民健康保険に加入していない。	
直近の年間所得額	被保険者 _____円 配偶者 _____円	【添付】年間所得額を証明するため、配偶者については直近の課税（非課税）証明書又は確定申告書の写しを添付してください。	

○被扶養者となることのできる親族の範囲図○



(注1) 枠内上部に親族関係、下部に第1号～第4号のいずれに該当するかを記載していること。

(注2) 本図中、「届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者」は「内縁の配偶者」と表記していること。

被保険者署名	以上の記載内容に相違なく、事業主を経由して届出をします。 なお、認定対象者が被扶養者として認定された後、被扶養者の要件を満たさなくなったときは、ただちに削除の手続きをいたします。	被保険者署名
--------	--	--------

事業所所在地	〒986-8522 宮城県石巻市蛇田字西道下71番地
事業所名称	石巻赤十字病院
事業主氏名	石巻赤十字病院 院長 石橋 悟
電話番号	0225 (21) 7220
担当者	部署名 人事課 氏名

【事業主記載欄】以下のうち該当するものにチェックをしてください。

- 被保険者の年間収入額と年間所得額に相違ありません。
 【配偶者の直近過去1年間の収入が、現在被保険者が勤務する事業所からの給与収入だけである場合のみご確認ください】
 「配偶者の年間収入額」に相違ありません。

令和 年 月 日 提出 受付年月日