

被扶養者状況届

平成 年 月 日 現在

常務理事	事務長	主管	担当者

申請者	保険証No.	28 -	被保険者氏名		男・女
-----	--------	------	--------	--	-----

① 認定対象者	氏名	男・女	生年月日				
	住所					続柄	
	配偶者の有無	有	無	配偶者有りの場合は氏名			
② 申請前の勤務状況	会社名			所在地			
	退職年月日	平成	年	月	日	退職理由	

③ この届を提出する前に①の認定対象者を扶養していた者の有・無

- 有
- a. 今まで扶養されていた者の氏名： ()
- b. 扶養しなくなった理由： (平成 年 月 日より)
- 無

④ あなたが扶養することになった理由 (具体的に詳しくご記入下さい。)

(平成 年 月 日)

⑤ 認定対象者の収入状況 有 (有の場合は⑥の該当項目全部記入) 無

⑥ 収入の種類 《収入関係証明書を提出》	1.	勤労収入 (パート・アルバイト他)	平成 年 月より	月収	円
	2.	雇用 (失業) 保険金 (受給期限： 平成 年 月まで)		月収	円
	3.	年金 (老齢・遺族・障害) ・その他の年金		月収	円
	4.	企業年金		月収	円
	5.	恩給 ()		月収	円
	6.	不動産収入 (アパート経営等他：)		月収	円
	7.	自家営業 (営業内容：)		月収	円
	8.	農業所得 () (耕作面積 反 畝)		月収	円
	9.	配当金・預貯金利子 (税引) 収入		月収	円
	10.	その他 (具体的に記入：)		月収	円

⑦ 認定対象者の住民税 有 (平成 年度分 千円) 無

⑧ 認定対象者が今まで加入していた社会保険（該当項目に○印を付け、必要事項をご記入ください。）

全国健康保険協会管掌健康保険 *本部・支部名 ()
 組合管掌健康保険 *健康保険組合名 ()
 国民健康保険 *市区町村名 ()
 各種共済組合 *共済組合名 ()
 その他の他 ()
 *加入していた社会保険の記号番号 記号 () 番号 ()
 *喪失・継続中の区分 喪失 (喪失日:平成 年 月 日) 継続中

⑨ 会社扶養手当有無 有 (支給開始:平成 年 月分から) 無

⑩ 認定対象者と被保険者の関係 同居 別居 (別居の場合は⑫以降記入)

別居認定対象者状況

⑪ 同居していない理由

⑫ 別居先での生活費はどのようにされていますか。

⑬ 別居の認定対象者への生計費に対する被保険者の援助及び援助額

有 全額 (月額: _____ 円) 一部 (月額: _____ 円)
 *有の場合は送金証明書(様式4号)を提出
 無

⑭ 上記生計費に対する兄弟・姉妹・その他からの援助額(月額)

有 (氏名: _____ より _____ 千円 ・ _____ より _____ 千円)
 *有の場合は送金証明書(様式4号)を提出
 無

この届は事実に相違ありません。

平成 年 月 日

住 所

被保険者氏名

印

日本ケミコン健康保険組合 理事長 殿

(注) ①該当する項目のみ全部記入して下さい。□は該当するものにチェックをして下さい。

②認定対象の被扶養者1名につき1枚ご記入ください。