

# 被扶養者現況届 (子供)

※被扶養者異動届に併せて提出

【該当項目に☑】

※訂正する場合は、二重線で抹消し、訂正印を押してください。

基本情報		
氏名	続柄	職業・学生
住重 健太	被保険者 (本人)	
住重 合子	申請者 (二女)	無職
必要書類 (添付した必要書類のチェック欄に☑)		
【全員必須】	<input checked="" type="checkbox"/> 住民票 (個人番号未記載、世帯全員分、続柄記載) ※写し可、3カ月以内発行のものに限る	
【子供が学生の場合 ※高校生以上は必要】	<input type="checkbox"/> 在学証明書 ※3カ月以内発行のものに限る	
【子供が18歳以上の場合 ※学生(定時制高校生、夜間大学生、予備校生、専門学校生は除く)は不要】	<input type="checkbox"/> 子供の所得証明書または非課税証明書(収入が記載されているもの) ※写し可、役所で発行の最新年度分	
【別居の場合※学生(定時制高校生、夜間大学生、予備校生、専門学校生は除く)は不要。】		
<input type="checkbox"/> 単身赴任である <input type="checkbox"/> 単身赴任ではない 「別居」かつ「単身赴任でない」場合は右記の書類も必要です。 <input type="checkbox"/> 仕送りの証明として通帳の写しまたは振込明細書等の写し(直近3カ月分) <input type="checkbox"/> 生活費明細書(別紙)		
1. 扶養申請理由	必要書類	
<input type="checkbox"/> 被保険者の入社 <input checked="" type="checkbox"/> 出生(出生日:令和 6 年 ×× 月 ×× 日) <input type="checkbox"/> 退職(退職日:令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 雇用保険 失業等給付の受給終了 <input type="checkbox"/> 収入が減少(理由: ) <input type="checkbox"/> 離婚(離婚日:令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 廃業(廃業日:令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他(扶養申請するに至った理由を出来るだけ詳細に記入)理由:	<input type="checkbox"/> 4. 雇用保険についての箇所を参照。 <input type="checkbox"/> 5. 今後1年間の見込収入の箇所を参照。 <input type="checkbox"/> 離婚届受理証明書の写しまたは戸籍謄本の写し <input type="checkbox"/> 個人事業の廃業等届出書の写し 状況によって必要書類が異なりますので、事業所の健保担当者までご確認ください。	
2. これまで加入していた(加入している)健康保険 ※出生の場合記入不要		
<input type="checkbox"/> 被保険者の扶養に入っていた <input type="checkbox"/> 他の家族の扶養に入っていた(子から見た続柄: ) ※他の家族が住重健保被保険者であった場合 氏名: 保険証番号: <input type="checkbox"/> 子供が勤務先で加入していた <input type="checkbox"/> 国民健康保険(市区町村名: ) <input type="checkbox"/> 任意継続被保険者		
3. 被保険者の配偶者の状況 (共同扶養確認のため)	必要書類	
<input checked="" type="checkbox"/> 配偶者あり <input type="checkbox"/> 配偶者は住重健保被保険者 配偶者氏名: 保険証番号: <input checked="" type="checkbox"/> 住重健保の扶養に入っている。もしくは子供と同時に申請中 <input type="checkbox"/> 住重健保の扶養に入っていない <input type="checkbox"/> 給与所得者(ただし育児休業中) <input type="checkbox"/> 給与所得者 <input type="checkbox"/> 自営業(個人事業主)	<input type="checkbox"/> 配偶者の所得証明書または非課税証明書(収入が記載されているもの) ※写し可、役所で発行の最新年度分 ※自営業の場合は以下の書類も必要です。 <input type="checkbox"/> 配偶者の直近の確定申告書第一表・第二表および収支内訳書(青色申告決算書)の写し	
<input type="checkbox"/> 配偶者なし <input type="checkbox"/> 死別・未婚 <input type="checkbox"/> 離婚・離別		

◆必要に応じて内容の問い合わせや追加書類を求める場合があります。

## 【注意事項】

この帳票は、申請対象者1人に対して1部提出。2ページありますのでご注意ください。

※ただし、申請対象者が中学生以下の場合、2ページ目は不要です。

以下、今回の申請対象者が中学生以下の場合には記入不要。高校生以上で学生の場合には4, 5は記入不要。

4. 雇用保険（失業等給付）について ※就労中は記入不要				必要書類
<input type="checkbox"/> 現在、退職してから4年以上経過している				
<input type="checkbox"/> 現在、退職してから4年未満である				
<input type="checkbox"/> ①退職前に雇用保険未加入				<input type="checkbox"/> 退職証明書の写し
<input type="checkbox"/> ②受給資格なし（加入期間不足等）				<input type="checkbox"/> ※②～⑥共通 離職票1・2の写し または 雇用保険被保険者喪失確認通知書の写し ※離職票が後日の場合は退職証明書の写し 離職票の提出予定日： 月 日
<input type="checkbox"/> ③受給しない	理由	<input type="checkbox"/> ③-1 今後は就職を希望しない		<input type="checkbox"/> ※②～⑦の場合は以下書類も必要です。 雇用保険 失業等給付受給に関する誓約兼同意書（別紙）
		<input type="checkbox"/> ③-2 就職が決まっている（ 月 日）		
		<input type="checkbox"/> ③-3 その他（ ）		
<input type="checkbox"/> ④受給を延長した、または延長する予定				
<input type="checkbox"/> ⑤受給申請の予定（申請予定日： 年 月 日）				<input type="checkbox"/> ※⑦、⑧共通 雇用保険受給資格者証の両面の写し
<input type="checkbox"/> ⑥離職理由による給付制限期間中				
<input type="checkbox"/> ⑦受給中、または受給途中で終了した（残日数あり）				
<input type="checkbox"/> ⑧受給を終了した（残日数なし）				
5. 今後1年間の見込収入 ※全項目☑。有の場合、年額を記載。				必要書類（有の場合）
給与（パート・アルバイト含む）	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	年額： 円	<input type="checkbox"/> 就労状況証明書（別紙）
年金	<input type="checkbox"/> ①障がい年金	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 年額： 円	<input type="checkbox"/> ※①～③共通 直近の年金改定通知書の写し または 直近の年金振込通知書の写し <input type="checkbox"/> ①は障がい者手帳の写し
	<input type="checkbox"/> ②遺族年金	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 年額： 円	
	<input type="checkbox"/> ③その他年金	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 年額： 円	
自営業収入（個人事業主）	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	年額： 円	<input type="checkbox"/> 直近の確定申告書第一表・第二表および 収支内訳書（青色申告決算書）の写し <input type="checkbox"/> 支給額を証明するものの写し <input type="checkbox"/> 収入額が分かるものの写し
家賃・不動産等の収入	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	年額： 円	
株の配当金・利子等の収入	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	年額： 円	
出産手当金・傷病手当金・労災休業補償	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	年額： 円	
その他継続性のある収入	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	年額： 円	
見込収入合計			円	
6. 今回の申請対象者について				
<input type="checkbox"/> ①学生である（定時制高校生、夜間大学生、予備校生、専門学校生は除く）				
<input type="checkbox"/> ②定時制高校生、夜間大学生、予備校生、専門学校生のいずれか				
<input type="checkbox"/> ③無職あるいはパート・アルバイトでの低収入者				
【上記が②または③の場合、下記について記入してください。】				
1 就業、収入に関する現在の状態（就労可能年齢であるが被扶養者として申請する理由を具体的に）				
2 今後の就業に関する予定を具体的に				
3 下記について誓約をお願いいたします				
住友重機械健康保険組合 理事長 殿				
申請対象者は就労可能年齢者ですが、上記の事情のため、現在、私が本人の生活費を半分以上負担していることを申告します。				
私は、申請対象者が上記の事情を可能な限り早く解消し、私の扶養から外れるよう支援します。				
私は、申請対象者のアルバイト等の収入が一定額（月108千円）を超える場合は被扶養者になれないことを承知し、その水準の収入が得られる状況になった場合は速やかに扶養終了の届出をすることを約束します。				
上記に虚偽または違背する内容があった場合は、その事実発生時点で遡り被扶養者資格を取り消されること、ならびにその間にかかった医療費（貴組合負担分）と、その期間中に利用した健保事業補助金とあわせ、金額の多寡に関わらず返納いたします。				
また、異議申し立てはおこないません。				
記入日：令和 年 月 日				
被保険者 署名				
_____				
対象者 署名				
_____				

◆必要に応じて内容の問い合わせや追加書類を求める場合があります。