

現況書

東京都食品健康保険組合

◎この用紙は、被扶養者（異動）届に添付する書類です。被扶養者認定基準を満たしているかを判断する書類となりますので、必ず事実に基づいてご記入ください。

◎認定対象者が中学校および高等学校（昼間部）、大学（昼間部）に在学中の場合、提出の必要はございません。

◎同居の場合の収入基準は、認定対象者の年間収入が130万円未満（60歳以上または、障害厚生年金の受給要件に該当する程度の障害がある方は180万円未満）かつ被保険者の年間収入の1/2未満となります。

◎別居の場合の収入基準は、認定対象者の年間収入が130万円未満（60歳以上または、障害厚生年金の受給要件に該当する程度の障害がある方は180万円未満）かつ認定対象者の収入が被保険者からの送金額より少ないこととなります。

◎この現況書に記載されている個人情報は被扶養者の認定の目的にのみ利用し、第三者には提供いたしません。

※ なお、事実と相違した場合は、認定時に遡って被扶養者資格を取消することもありますので、ご注意ください。

1. 被保険者の現況について

事業所記号	番号	被保険者氏名	給与額（月額）	賞与額（年額）	給与以外のその他収入（年額）
9999	1234	東食 太郎	4,500,000円	1,200,000円	収入の種類 () 0円

2. 申請する認定対象者について

申請する認定対象者の氏名	年齢	職業	続柄	同居・別居の区分	必要添付書類
東食 富雄	65 歳	無し	父	同居・別居	・同居が要件の親族は、『世帯全員の続柄記載の住民票』 ・別居のときは、『(別世帯)被扶養者住所確認書』と、送金額の確認できる『銀行振込の控』・『現金書留の控』など

3. 申請する理由について

該当する項目に☑をつけてください	必要添付書類
<input checked="" type="checkbox"/> ① 被保険者が就職し資格取得したことによる申請	次ページ5・6で該当するすべての書類
<input type="checkbox"/> ② 被保険者と婚姻したことによる申請（婚姻日 年 月 日）	『婚姻日の確認できる書類』および次ページ5・6で該当するすべての書類
<input type="checkbox"/> ③ 認定対象者が退職したことによる申請 （退職日 年 月 日 勤続年数 年 ヶ月）	『退職証明書』または『離職票(写)』および次ページ5・6で該当するすべての書類
<input type="checkbox"/> 自己都合による退職	
<input type="checkbox"/> 出産による退職（分娩予定日 年 月 日）	
<input type="checkbox"/> 定年による退職	
<input type="checkbox"/> 会社都合による退職	
<input type="checkbox"/> その他の理由による退職（ ）	
<input type="checkbox"/> ④ 退職以外の理由で、認定対象者の就労・収入状況が変化したことによる申請	状況に応じた書類
<input type="checkbox"/> ⑤ 認定対象者の失業給付(雇用保険基本手当等)受給が終了したことによる申請	『雇用保険受給資格者証(すべてのページの写)』(支給終了の印字があるもの)および次ページ5で該当するすべての書類
<input type="checkbox"/> ⑥ その他の理由（ ）	状況に応じた書類

4. 認定対象者が加入している(していた)健康保険について

該当する項目に☑をつけてください	必要添付書類		
<input checked="" type="checkbox"/> ① 国民健康保険			
<input type="checkbox"/> ② 健康保険			
<input type="checkbox"/> 被保険者として加入			
<input type="checkbox"/> 被保険者の扶養家族として加入			
<input type="checkbox"/> 被保険者以外の扶養家族として加入 <input type="checkbox"/> 未喪失 <input type="checkbox"/> 喪失済（喪失日 年 月 日）	喪失済みのときは『資格喪失証明書』		
<input type="checkbox"/> ③ 任意継続保険			
<input type="checkbox"/> 被保険者として加入	『資格喪失証明書』		
<input type="checkbox"/> 被保険者の扶養家族として加入			
<input type="checkbox"/> 被保険者以外の扶養家族として加入 <input type="checkbox"/> 未喪失 <input type="checkbox"/> 喪失済（喪失日 年 月 日）	喪失済みのときは『資格喪失証明書』		
<input type="checkbox"/> ④ 未加入 ⇒ 理由（ ）			
記号	番号	保険者の名称 (例：〇〇健康保険組合、△△市国保)	保険者の電話番号 ()

5. 認定対象者の申請時における就労・収入状況について

該当する項目に☑をつけてください	必要添付書類
<input type="checkbox"/> ① パート・アルバイトなどの給与収入（年額 円）	『直近3か月分の給与明細(写)』
<input type="checkbox"/> ② 無収入	『非課税証明書』または『課税証明書』
<input type="checkbox"/> 以前は給与収入があった（直近の退職日 年 月 日）	
<input checked="" type="checkbox"/> ③ 年金収入	直近の『年金振込通知書(写)』または『年金額改定通知書(写)』
<input checked="" type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> その他（個人・企業・年金基金等）	
<input type="checkbox"/> ④ 自営業収入	前年の収入を確認できる『課税(非課税)証明書』または『確定申告書控(写)』※1
<input type="checkbox"/> ⑤ 不動産収入	
<input type="checkbox"/> ⑥ その他継続性のある収入（ ）	

※1『確定申告書控(写)』

税務署の収受印のあるものをご提出ください。また、電子申請の場合は『受信通知』とあわせてご提出ください。

6. その他各種社会保険からの給付金の受給について

●以下の各種社会保険からの給付金については、給付金日額が3,612円（60歳以上または、障害厚生年金の受給要件に該当する程度の障害がある人は5,000円）以上の場合、受給中は被扶養者の資格がなくなります。

雇用保険の失業給付（基本手当等）について該当する項目に☑をつけてください （退職してから1年未満の方、現在受給中・延長中の方はご回答ください）	必要添付書類
<input type="checkbox"/> ① 受給権なし（以下のいずれかに☑をつけてください）	『雇用保険受給資格者証(すべてのページの写)』（支給終了の印字があるもの）
<input type="checkbox"/> 雇用保険の未加入	
<input type="checkbox"/> 加入期間不足	
<input type="checkbox"/> 受給終了（受給終了日 年 月 日）	
<input type="checkbox"/> ② 就労する意思がないため、受給手続きを行わない	
<input type="checkbox"/> ③ 受給の手続き済、または今後手続きをする予定 （申請日または申請予定日 年 月 日）	『離職票(写)』または『雇用保険受給資格者証(写)』 ※受給開始後、給付金日額によっては『被扶養者削除届』が必要になります
<input type="checkbox"/> ④ 受給期間を延長する （理由： ） （延長期間： 年 月 日まで）	『離職票(写)』または『雇用保険受給資格者証(写)』 ※受給開始後、給付金日額によっては『被扶養者削除届』が必要になります
<input type="checkbox"/> ⑤ 現在受給中	『雇用保険受給資格者証(写)』
健康保険の出産手当金について該当する項目に☑をつけてください	必要添付書類
<input type="checkbox"/> ① 受給権なし	
<input type="checkbox"/> ② 受給の手続き済、または今後手続きをする予定 （分娩予定日 年 月 日、分娩日 年 月 日）	受給開始後『支給決定通知書(写)』 ※給付金日額によっては被扶養者認定日に遡って被扶養者の資格取消となります
<input type="checkbox"/> ③ 現在受給中	『支給決定通知書(写)』
<input type="checkbox"/> ④ 受給終了（受給終了日 年 月 日）	『支給決定通知書(写)』
健康保険の傷病手当金や労災保険の給付金について該当する項目に☑をつけてください	必要添付書類
<input type="checkbox"/> ① 受給権なし	
<input type="checkbox"/> ② 受給の手続き済、または今後手続きをする予定	受給開始後『支給決定通知書(写)』 ※給付金日額によっては被扶養者認定日に遡って被扶養者の資格取消となります
<input type="checkbox"/> ③ 現在受給中	『支給決定通知書(写)』
<input type="checkbox"/> ④ 受給終了（受給終了日 年 月 日）	『支給決定通知書(写)』

※上記添付書類のご提出後、確認が必要な場合、別途必要書類をご提出いただくことがございます。ご承知おきください。

上記内容に相違ありません。

また、事実と相違があった場合、被扶養者認定日に遡って被扶養者の資格取消となることを了承いたします。

令和 3 年 6 月 1 日 被保険者氏名 東 食 太 郎