

現況届 (16歳以上)

| 事業所名 | 記号 - 番号 | 被保険者氏名 | | |
|---------|------------|--------|----|----|
| | 100 - | | | |
| 認定対象者氏名 | 認定対象者の生年月日 | 性別 | 続柄 | 年齢 |
| | 昭・平 年 月 日 | 男・女 | | |

* 欄は、別世帯の場合のみ記入↓

| 被保険者と | * 別世帯の理由 |
|------------------|--|
| 同一世帯 ・ 別世帯 | 単身赴任 ※会社の命によるもので、赴任前に同居していた配偶者の世帯と離れて生活している場合の事 ・ 自己都合 [] |
| * 別世帯になったとき | * その世帯への仕送り状況 (なしの場合は0円と記入) |
| 平・令 年 月 | 送金 → 仕送り頻度: 回 / 年 → 万円 / 回 |
| | 家賃 → 万円 / 年 |
| | 学費 → 万円 / 年 |
| | その他 [] → 万円 / 年 |

| ◆ 認定対象者が加入中または最後に加入していた健康保険 | |
|---------------------------------------|--|
| 被保険者・被扶養者・任意継続被保険者・任意継続被扶養者 (←いずれかに○) | |
| [] 健康保険組合 | } () その保険の資格喪失日 → 平・令 年 月 日 ※退職による喪失の場合、喪失日は退職の翌日 |
| 全国健保協会 [] 支部 | |
| [] 共済組合 | |
| [] 国民健康保険 | |
| () 加入したことがない | |
| 【被保険者以外の方に扶養されていた場合】 被保険者名: 続柄: | |

| ◆ 認定対象者の健康状態等 | |
|---------------|---------------------------|
| () 良好 | |
| () 受診中 | → 傷病名 [] |
| () 妊娠中 | → 出産予定日: 令和 年 月 日 (単胎・多胎) |

| ◆ 認定対象者の配偶者について (配偶者を申請する際は記入不要) | |
|----------------------------------|---------------------|
| 有 () 被保険者の被扶養者として認定されている | 無 () 未婚 |
| () 他の健康保険の被保険者 | () 死別 (昭・平・令 年 月) |
| () 国民健康保険の被保険者 () 後期高齢者 | () 離婚 (昭・平・令 年 月) |

| <健保使用欄> |
|---------|
| |

◆申請理由（被保険者の入社による申請で、配偶者および学生である子は記入不要。）
 ※配偶者以外の健康な就労可能年齢の方で就労の予定がなく詳細が不明な場合、別途確認を行うことがあります
 ※明確な事由発生日がない時や、事由発生日から3か月以上経過している時は、このタイミングでの申請に至った理由も記入

| | | | |
|---|---|------|--|
| <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 失業給付受給終了 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> その他 → 詳細 | } | 今後は、 | <input type="checkbox"/> 専業主婦/夫・家事手伝い等、就労の予定はない <input type="checkbox"/> 学業に専念する <input type="checkbox"/> 被扶養者の範囲内で収入を得る予定 <input type="checkbox"/> 自身で生計を維持出来るよう、仕事を探す |
| <hr/> <hr/> <hr/> | | | |

◆認定対象者の今後の生計費について ※必ず、ア) イ) ウ) の全ての項目を記入すること

| | | | |
|--------------------|----------------------|------------------------|--|
| ア) 主として被保険者が負担する | はい・いいえ | | |
| イ) 認定対象者の収入 | | | |
| >給与 | なし・あり | | |
| >年金 | なし・あり | → ありの場合（該当する全てに○） | 老齢・障害・遺族・企業・その他 [] |
| >雇用保険失業給付 | なし(受給終了も含む)・受給中・受給予定 | → 受給予定の場合（いずれかに○） | 求職申込済・延長済・近々申込予定・時期未定 |
| >その他の収入 | なし・あり・受給予定 | → あり・受給予定の場合（該当する全てに○） | 自営業・不動産・出産手当金・傷病手当金 ・その他 [] |
| ウ) 被保険者以外の方が負担する金額 | なし・あり | → ありの場合 | 金額： 万円 / 月 負担者： 続柄： |

被扶養者の異動は、本来5日以内に届出を行う様定められています（健康保険法施行規則第38条）
●●届出が事由発生日から1ヶ月以上経過した場合は、別紙「申請経緯書」の提出があります●●

いすゞ自動車健康保険組合 御中

本届書に記載した内容は事実と相違ありません。記載した内容が事実と相違していた場合は、被扶養者資格の取消し等が行われても異議を申し立てません。

今後は被保険者として常に対象者の生計を維持し、その生活状態を常に把握・確認支援する立場であることを理解し、扶養の状況に変化があれば届け出ることを約束します。また、健康保険組合から被扶養者が認定条件に適合している事の証明を求められた場合、速やかに必要書類を提出します。

令和 年 月 日 被保険者署名（自署）： _____

※不備があると書類を返却し、審査・認定日が遅れる場合があります。記入漏れ、誤りがなければ、ご確認ください。
 ※事実と相違する記載をしたことが明らかになった場合、被扶養者認定を取り消し、保険給付金の返還を求められることがあります。