

提出先:事業所(会社)

健保組合 押印欄	常務理事	事務長		担当者

### 扶養認定対象者現況届【配偶者】

本届に必要な書類を添付の上、事業所の健保担当者に提出してください。  
届出が申請事由発生日から1ヶ月を超える場合は、健保組合受付日(全ての必要書類が確認出来た日)が認定日となります。

記号-番号	事業所名(社名)	被保険者氏名	配偶者の住民票上の住所
-			〒
配偶者の氏名	続柄	年齢	同居別居の区分
			□同居・□別居
			配偶者の居所(現住所)
			〒
			TEL

必要書類 ①~④全て必須	<input checked="" type="checkbox"/> ① 扶養認定対象者現況届(本紙)	<input type="checkbox"/> ③ 課税または非課税証明書(最新版の原本)
	<input type="checkbox"/> ② 住民票(個人番号・続柄の記載のある原本)	<input type="checkbox"/> ④ 下記の該当する書類

1~4は該当する項目に☑を付け、5は理由を記入してください。全て必須です。

#### 1. 届出を出す(申請)理由(必須)

申請事由	申請事由発生日	必要書類
<input type="checkbox"/> 被保険者が当健保組合の資格を取得した	取得日 令和 年 月 日	2. 『配偶者の現在の状況と今後の収入』の必要書類参照
<input type="checkbox"/> 被保険者と婚姻した	婚姻日 令和 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 配偶者が退職した 失業給付を <input type="checkbox"/> 受給しない(放棄・受給権なし) <input type="checkbox"/> 受給する予定 <input type="checkbox"/> 受給期間延長予定	退職日 令和 年 月 日	1. 退職日の分かる書類 (受給日額により認定不可の場合あり) 2. 失業給付を受給しない場合は、その旨が記載された離職票または雇用保険受給資格者証
<input type="checkbox"/> 配偶者の収入が減少(退職以外)	-	2. 『配偶者の現在の状況と今後の収入』の必要書類参照
<input type="checkbox"/> 配偶者の失業給付が受給終了	終了日 令和 年 月 日	雇用保険受給資格者証の両面コピー (受給終了日が確認できること)
<input type="checkbox"/> 配偶者の傷病・出産手当金が受給終了	終了日 令和 年 月 日	受給終了日の確認できる書類
<input type="checkbox"/> その他( )		

#### 2. 配偶者の現在の状況と今後の収入(必須)

収入がある または 収入が減少した	<input type="checkbox"/> 給与収入 (パート・アルバイト含む)	1. 雇用契約書または過去3ヶ月分の給与明細 2. 認定された月から3ヶ月分の給与明細も後日提出必須 注:年間130万円(60歳以上は180万円)を超える場合は認定不可
	<input type="checkbox"/> 給与収入減少	1. 加入していた健康保険組合の資格喪失証明書 2. 雇用契約書および過去3ヶ月分の給与明細 3. 認定された月から3ヶ月分の給与明細も後日提出必須 注:年間130万円(60歳以上は180万円)を超える場合は認定不可
	<input type="checkbox"/> 年金収入 (老齢・遺族・障がい・企業・個人等)	直近の年金受給額の分かる書類(振込通知書・改定通知書・年金証書) 注:年間180万円を超える(給与収入があれば含む)場合は認定不可
	<input type="checkbox"/> 給付金受給 (失業・傷病・出産等)	失業給付:雇用保険受給資格者証の両面コピー 傷病・出産手当:受給額・受給終了日等が確認できる書類
	<input type="checkbox"/> その他の収入がある( )	
収入がない	<input type="checkbox"/> 無職	課税または非課税証明書(最新版の原本)
	<input type="checkbox"/> 学生	在学証明書または学生証のコピー
	<input type="checkbox"/> その他( )	

#### 3. 配偶者が加入していた(している)健康保険(必須)

<input type="checkbox"/> 健康保険組合、協会けんぽ、共済組合の名称( )
<input type="checkbox"/> 国民健康保険
<input type="checkbox"/> 未加入

#### 4. 配偶者の健康状態(必須)

<input type="checkbox"/> 良好
<input type="checkbox"/> 受診中 (傷病名 ) (医療機関名 )

#### 5. この届を提出するまでの経過および、別居の場合はその理由(必須)

勤めていた(いる)場合は会社名、所在地・退職日・勤務年数・届出理由を、農業・自営業従事者は従事しなくなった理由を記入してください。

ユアサ健康保険組合 理事長 殿

漏れなく記入しましたので、上記の通り現況を届けます。この届により被扶養者として認定を受けたあと、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資格を取り消しされても異議はありません。またその際には、貴健康保険組合が負担した医療費、保険給付金等は全額返還致します。

令和 年 月 日

被保険者自署

自署の場合㊟省略可



健保組合  
受付印