

被扶養者（申請）現況届

1 8歳以上の方を申請する場合に必ず添付して下さい

1 被保険者について

記号・番号	12 — 80000
氏名	健保 太郎

2 申請対象者（被扶養者）について

氏名	健保 花子	続柄	妻
生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 45 年 7 月 15 日	年齢	52
職業	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 学生 <input checked="" type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
世帯	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	配偶者	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無 →（ <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別）

3 申請対象者の申請理由等について

①扶養するに至った理由を詳しく記入して下さい

7月4日から雇用形態が正社員→パートに切り替わり収入が減少したため

②以前加入していた保険の種類

保険の種類	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保組合 <input checked="" type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 未加入
任意継続保険	<input type="checkbox"/> 任意継続保険証をもっている（喪失日 令和 年 月 日） <input checked="" type="checkbox"/> もっていない

※任意継続保険とは・・・退職後引き続き前勤務先の健康保険に加入し続けること

③医療扶助について

医療助成制度	<input type="checkbox"/> 無・有 →（ <input checked="" type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> その他）
④申請対象者への生活費をほぼ100%負担しているか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

医療助成の有無について該当する項目に印をつけ、
ありの場合は該当する制度の医療受給者証の
コピーを添付してください。

4 申請対象者の現在の収入について（今後一年間の見込み）

現在の状況	収入の有無	年間収入
① 会社・商店などの収入（該当するものにマーク） （ <input type="checkbox"/> 正規 <input checked="" type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> アルバイト）	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	300,000 円
② 自営業収入（ <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 漁業 <input type="checkbox"/> 林業）	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	0 円
③ 年金収入（該当するものにマーク） （ <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 遺族 <input checked="" type="checkbox"/> 障害者年金 <input type="checkbox"/> 農業者年金 <input type="checkbox"/> その他年金）	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	500,000 円
④ 保険給付収入（今後もらう予定を含む） （ <input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 傷病手当金）	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	0 円
⑤ その他の収入（所得）がある （ <input type="checkbox"/> 不動産所得 <input type="checkbox"/> 利子配当所得）	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	0 円
⑥ <input type="checkbox"/> 上記以外の収入（ ）	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	0 円
年間収入合計（収入証明の書類を添付）		800,000 円

※①～⑥では、該当する項目にマークを付け、金額を「年間収入」の欄に記入してください。収入なしの場合も「0円」と記入してください。

裏面もご確認ください。

5 その他の家族構成（家計を共にする者で別居も含む）

①	氏名	健保 一郎							<input type="checkbox"/> 同居
	続柄	長男	年齢	20	職業	大学生	収入	900,000 円	<input checked="" type="checkbox"/> 別居
②	氏名	健保 次郎							<input checked="" type="checkbox"/> 同居
	続柄	二男	年齢	17	職業	高校生	収入	0 円	<input type="checkbox"/> 別居
③	氏名								<input type="checkbox"/> 同居
	続柄		年齢		職業		収入	円	<input type="checkbox"/> 別居
④	氏名								<input type="checkbox"/> 同居
	続柄		年齢		職業		収入	円	<input type="checkbox"/> 別居
⑤	氏名								<input type="checkbox"/> 同居
	続柄		年齢		職業		収入	円	<input type="checkbox"/> 別居

6 申請対象者が1年以内に退職した場合のみ記入してください。

（近々退職予定の方もご記入ください）

退職日	令和 5 年 7 月 3 日	退職理由	母親の介護		
会社名	<input type="checkbox"/> 当健保加入事業所（ ）			人名コード	
	<input checked="" type="checkbox"/> その他（〇〇〇〇株式会社）			電話番号	090-0000-0000
入社日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 31 年 4 月 1 日	雇用保険	<input checked="" type="checkbox"/> 加入	<input type="checkbox"/> 未加入	
離職票 ※1	<input type="checkbox"/> 手元にある <input type="checkbox"/> 職安に提出した		<input checked="" type="checkbox"/> 交付待ち	<input type="checkbox"/> 交付なし	
失業給付	<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 申請中（予定を含む）		<input checked="" type="checkbox"/> 受給しない	<input type="checkbox"/> 受給終了	
	<input type="checkbox"/> 出産などの為延長申請する（出産予定日 令和 年 月 日）				

※1 離職票とは失業給付受給に必要な書類のことで、退職証明書とは異なります。

7 申請対象者が別居の場合の申請について（単身赴任による場合は記入不要）

① 申請対象と同居し、収入のある方について記入してください

ア	氏名							
	続柄		年齢		職業		収入	円
イ	氏名							
	続柄		年齢		職業		収入	円

上記の方が扶養できない理由

② 申請対象者への生計援助費（仕送り）について

毎月の仕送り額	毎月	円仕送りしている
---------	----	----------

※必ず送金の確認できるもの（預金通帳の写し等）を添付してください。

【被保険者確認欄】

<p>トヨタ車体健康保険組合 御中</p> <p>申請書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を削除しても構いません。その間の医療費、保険給付費、保健関係利用費、健康保険組合が負担した金額を返済いたします。また、毎年実施される「健康保険被扶養者資格確認」に必ず協力いたします。</p>
