

《 記入例は2枚目を参照 》

被扶養認定対象者現況表（必須添付書類）

ポイント

- ・被扶養者（異動）届【取得】に、必ず添付が必要（子供の出生申請は不要）

記入内容

- ・被保険者証の記号・番号は、カード被保険者証を確認して記入
※任意継続は、記号（2000番台）1100 ⇒ 2100、1200 ⇒ 2200 など
 - ・認定対象者氏名・性別は、申請する方の氏名と性別のどちらかに○を記入
 - 1 扶養の事由欄は、申請する方を扶養しなければならない事由を詳細に記入
（例1）会社員だったが、体調を崩し退職をして収入も無く通院が必要なため
（例2）大学を卒業したが現在も就職が決まっておらず、就職が決まるまでの間だけ扶養したいため
（例3）父が亡くなったことにより母が一人暮らしとなり、心配なので同居するため
 - 2 認定対象者の収入状況
 - ・Q1 は現在の収入有無を選択し、収入がある場合には今後一年間の収入見込み額及び収入の内訳を記入。
 - ・Q2 は過去の就労状況を記入。所得証明書に計上されている金額に該当する就労箇所を含め、直近の状況を記入。雇用保険の受給状況で「オ：受給しない」を選択した場合には、【雇用保険を受給しない旨の理由】欄も記入。
（例：退職に伴い、雇用保険を受給しないでジェイアールグループ健康保険組合の被扶養者として認定されたいため、など。）
 - 3 認定対象者が現在加入している医療保険制度
 - ・申請時点での状況を記入。退職に伴って扶養申請をする場合には、「未加入」→資格喪失日を記入。
 - 4 認定対象者の配偶者の有無
 - ・認定対象者が被保険者の配偶者以外の場合は記入。認定対象者が父母などであり、配偶者が「なし」に該当する場合は、無の理由について記入。（内容によっては遺族年金の有無などを確認する場合あり。）
 - 5 被保険者以外の扶養義務者
 - ・認定対象者が被保険者の配偶者以外で、被保険者以外に扶養義務者がいる場合に記入。
（例：父母の認定で、被保険者に兄弟がいる場合など）
 - 6 別居者への送金状況
 - ・別居している方が認定対象者である場合、送金状況について記入。
- <誓約書>
- ・誓約書の内容を確認のうえ、被保険者が署名。

別表第2

扶 養 認 定 対 象 者 現 況 表

※ 他の目的に使用することはありませんので、事実に基づいてありのまま記入してください。

記号	番号	認定対象者氏名	同居 別居
0 0 0 0 1 2 3 4 5 6 7		健保 花子 (男・ 女)	同居

1 扶養の事由 (被保険者が扶養しなければならない事由を詳細に記入してください)

結婚に伴い認定対象者が会社を退職し、パートとして働き始めたが収入が少なく、被保険者である私が対象者を扶養しなければならないため。

【以下の該当する箇所に☑チェックを入れ、必要事項を記入してください】

2 認定対象者の収入状況

Q1 現在収入がありますか？

<input type="checkbox"/> いいえ		今後1年間の収入見込額	収入の内訳	<input type="checkbox"/> 給与収入	<input type="checkbox"/> 営業収入	<input type="checkbox"/> 不動産収入	<input type="checkbox"/> 農業収入
<input checked="" type="checkbox"/> はい	→	90万 円	<input type="checkbox"/> 傷病手当金	<input type="checkbox"/> その他()			

Q2 現在年金収入がありますか？

いいえ
 はい → 老齢厚生年金 ・老齢基礎年金 ・企業年金 ・個人年金 ・(その他:) 年金)

Q3 過去に働いていましたか？(最新の所得証明書に計上されている収入金額に該当する就労箇所について記入してください)

いいえ
 はい

※ (3) 雇用保険受給状況についての選択記号 の内容
 ア: 受給する イ: 受給中 (手続き中含む) ウ: 受給延長中 (手続き中含む) エ: 受給終了済 オ: 受給しない

(1) 就労期間について		(2) 退職金について		(3) 雇用保険について	
就労開始日	退職日	支給の有無	退職金額	加入の有無	受給状況※
① 昭・平・令 30 年 4月 1日 ~ 平・令 31 年 3月 31日		<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	300,000 円	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	ア・イ・ウ・エ オ
② 昭・平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	円	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	ア・イ・ウ・エ・オ
③ 昭・平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	円	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	ア・イ・ウ・エ・オ

【雇用保険を受給しない旨の理由】 ◎ 受給状況で「オ: 受給しない」を選択した場合は必ず記入してください。

退職に伴い、雇用保険を受給しないで、ジェイアールグループ健保の被扶養者として認定されたいため。

3 認定対象者が現在加入している医療保険制度

未加入 → 令和 **0** 年 **00** 月 **00** 日 喪失

加入 → 健保名()
 共済組合
 国民健康保険

※ 雇用保険受給について、申告内容と相違している場合は、被扶養者資格が取消となることがあります。

4 認定対象者の配偶者の有無 ※ 認定対象者が被保険者の配偶者である場合は記入不要です。

なし → 未婚 離婚等...離婚された年月(昭・平・令 年 月)

あり 死別 死亡年月(昭・平・令 年 月)亡くなられた配偶者の生前の主な職業は何ですか。
 会社員 公務員 自営業 その他()

5 被保険者以外に扶養義務者(兄弟姉妹等)はいますか。 ※ 認定対象者が被保険者の配偶者である場合は記入不要です。

いない 氏名: 年齢: 歳 続柄: 職業:

いる → 【認定対象者を被扶養者としていない理由】 ◎ 左記で「いる」を選択した場合は必ず記入してください。

6 別居者への送金がある場合は、送金の事実を証明するもの及び送金計画書を別途添付してください。

＜誓約書＞

上記の記入内容に相違ありません。また、認定後において、扶養する事実が消滅した場合は、速やかに届出をいたします。万一、申告を偽ったり、届出を怠って保険給付を受けた場合は、私が全額弁済することを誓約します。

令和 0 年 00 月 00 日

ジェイアールグループ健康保険組合理事長殿

被保険者氏名 **健保 太郎**