被扶養者現況届

★被扶養者申請する家族１名につき１枚、被保険者が記入してください。
★この届は、被扶養者認定に必要なため、漏れのないよう正確に記入してください。
★被保険者とは会社に勤めている人、被扶養者は家族です。
★審査をおこなううえで必要な書類を追加で依頼することがあります。あらかじめご了承ください。

被保険者等 記号・番号	被保険者氏名	被 扶 養 者		
		氏 名	生 年 月 日	続 柄
―			S・H・R　年　月 日	

※状況に応じて、別途お尋ねする場合がございます。ご了承ください。

1　申請する事由　※該当する項目に✓または記入してください。		
	被保険者（あなた）が入社したため	
	出生したため	
	婚姻したため	年　月　日　婚姻　※外国籍の配偶者の場合は、婚姻証明書を添付してください。
	離職したため	
	収入が減少したため	
	雇用保険（失業等給付等）の受給が終了したため　※雇用保険の「傷病手当」・「育児休業給付金」など全ての給付金を含みます。	
	離別・死別したため	年　月　日　離別　・　死別
	その他：被保険者が扶養しなければならない事由を具体的に記入してください。	

2　被保険者（あなた）の配偶者について　※申請対象者が「子」の場合、該当する項目に✓または記入してください。		
	有：今回申請する	
	有：すでにプルデンシャル健康保険組合に加入している	
	有：プルデンシャル健康保険組合の加入者でない	配偶者の年間収入　　万円 ＊別途、「夫婦共同扶養審査収入確認表」を提出ください。
	無　⇒　その理由　：　☐離婚　☐未婚　☐死別	養育費等の受給　☐あり　月額　　万円 ☐なし

3　被扶養者の収入状況　※該当する項目すべてに✓してください。				
収入あり		給与収入（パート・アルバイト）		自営業収入
		年金収入 （国民・厚生・共済・企業・遺族・障害・個人・各種恩給等）		不動産収入
		専従者給与		株式配当・利子等
		雇用保険受給 （失業等給付・傷病手当・育児休業給付金等）		公的生活扶助等
		傷病手当金・出産手当金		その他（ﾕｰﾁｭｰﾊﾞｰ・学生起業家・物販（通販ｻｲﾄ）等の収入）
収入なし		中学生以下のため		障害があるため
		高校生・大学生・専門学校生・予備校等の学生のため		病気療養中のため
		専業主婦（夫）のため		その他（　　）
		退職のため（過去１年以内に働いていた方）　※下記の◆雇用保険 についてもご回答ください。 ◆雇用保険（失業等給付）の受給について　該当する項目の番号を〇で囲う 1.受給予定または受給している　Ⅰ 手続き中（または待期期間・給付制限中）　Ⅱ 手続きを行う予定　Ⅲ 受給延長をする（した） 2.受給しないまたは受給できない　Ⅰ 受給資格なし　Ⅱ 再就職を希望しないため Ⅲ その他（　　）		
		雇用保険（失業等給付）受給終了のため		前年まで学生であり、現在無職無収入のため （就職活動中等）
		上記いずれにも該当しない無職無収入の方　理由 〔　　〕		

ー次のページもありますのでご確認くださいー

4　被扶養者が加入している（加入していた）健康保険　※該当する項目に✓してください。			
	国民健康保険		任意継続被保険者だった
	健康保険・共済組合等の被保険者		未加入　理由〔　　〕
	健康保険・共済組合等の被扶養者		その他（　　）

5　被保険者と被扶養者の世帯状況について　※該当する項目に✓または記入してください。

□同居している	被保険者が扶養しなければならない理由や経緯を記入してください。 理由〔　　〕 被保険者と被扶養者以外の同居している家族の中に、ご自身で健康保険に加入されている方はいますか □いる　　□いない ⇒「いる」に✓をされた方は、その方の氏名、被保険者との続柄、収入確認書類（源泉徴収票・年金振込通知書・給与明細等）に基づいた年収を記入してください。 氏名〔　　〕　続柄〔　　〕　年収〔　　〕万円 氏名〔　　〕　続柄〔　　〕　年収〔　　〕万円 氏名〔　　〕　続柄〔　　〕　年収〔　　〕万円
□同居していない	別居理由 右の該当する項目に✓ □ 会社命令による単身赴任　□ 通学のため　□ 施設入居のため □　その他（　　） ※別居理由が「その他」の方は、下記を記入してください ◎別居の場合、被保険者が被扶養者の年収を上回る仕送りをしていることが認定の条件です（現金の手渡しは認められません） 仕送り額：月額〔　　〕円　　仕送り方法：□銀行振込　□現金書留　□その他（　　） 被保険者が扶養しなければならない理由や経緯を記入してください。 理由〔　　〕 別居先で被扶養者と同居されている方はいますか □いる　　□いない ⇒「いる」に✓をされた方は、その方の氏名、被保険者との続柄、収入確認書類（源泉徴収票・年金振込通知書・給与明細等）に基づいた年収を記入してください。 氏名〔　　〕　続柄〔　　〕　年収〔　　〕万円 氏名〔　　〕　続柄〔　　〕　年収〔　　〕万円 氏名〔　　〕　続柄〔　　〕　年収〔　　〕万円

◆　被扶養者が６５～７４歳の方のみへの質問です　※該当する項目に✓してください。

市区町村等から「障害認定（寝たきり等）」されていますか　□はい　□いいえ

◆　医療費助成を受けている方のみへの質問です　※該当する項目に✓してください。

□ こども医療　□ 特定疾患医療　□ 小児慢性特定疾患　□ 療育医療　□ ひとり親　□ 妊産婦医療
□ 重度心身障害医療　□ 自立支援（精神医療・更生医療・育成医療）　□ その他（　　）

◆　事由発生日より届出が１ヵ月以上遅れた方は、こちらに遅延理由をご記入ください。

プルデンシャル健康保険組合　理事長殿
本届書に記載した内容は事実と相違ありません。
貴組合が被扶養者を認定する際に、第三者機関等に必要な情報を照会することに同意します。
また、本届書に記載した内容が事実と相違していた場合は、申請時に遡及し扶養の取消がおこなわれても異議を申し立てません。その間に健康保険組合が負担した医療費・各種給付金等については、必ず返還いたします。
加入後の被扶養者の状況には注意をはらい、被扶養者の要件を満たさなくなった場合は速やかに被扶養者削除の届出をおこないます。健康保険組合が実施する検認には協力することを約束します。

□　記載した内容、上記文面を確認しました。（□に✓してください）

年　　月　　日　　被保険者氏名（自署）