

【事業所確認証明欄】	
事業所コード	担当者印

【提出日】令和 年 月 日

被扶養者現況届(配偶者または16歳以上の子) *被扶養者1人につき1枚提出

記号	番号	被保険者氏名	事業所名

1. 申請する被扶養者の現在の状況について

氏名	続柄	年齢	職業	配偶者の有無	同別居	今後の収入の有無
				有・無	同・別	(月 無・有 万円)
別居の場合の住所						市町村等で医療助成を受けてい る場合は別途「医療助成該当届」 を提出してください(後日可)
〒 -						

2. 扶養するに至った年月日、経過および理由について(できるだけ詳しくご記入ください)

令和 年 月 日より	申請理由:被保険者資格取得・出生・結婚・離婚・養子縁組・退職廃業・収入減・受給終了・被扶養者変更 ・その他
その他の理由:	

(※1)実子以外の場合は住民票謄本に加えて戸籍謄本も提出してください

(※2)結婚による資格取得の場合は住民票謄本に加えて戸籍謄本を提出してください

(※3)住民票の筆頭者と続柄は省略しないでください

3. 申請対象者が退職または廃業事由で申請の場合、申請前の被扶養者の職業等について(収入については5.に詳細記入してください)

職 業	退職(廃業)年月日	令和 年 月 日
	退職(廃業)事由	定年・自己都合・会社都合・その他()

雇用保険失業給付について(申請が退職事由の場合、雇用保険失業給付受給についての誓約書もご提出ください)

申請前の職業等での雇用保険加入状況	加入・未加入
-------------------	--------

※未加入の場合は、雇用保険未加入の旨を記載した退職証明書が必要です。

4. 申請する被扶養者が今まで加入していた健康保険について

<input type="checkbox"/> 1)国民健康保険	<input type="checkbox"/> 4)被扶養者であった
<input type="checkbox"/> 2)健康保険組合・協会けんぽ・共済組合等	扶養していた人の氏名と関係: ()
<input type="checkbox"/> 3)健康保険未加入	

5. 申請する被扶養者の今後1年間の収入について 1)から7)まですべて記入必須です。ゼロの場合は「0」を記入してください。

(配偶者及び16歳以上の子の場合は必ず記入願います)	(単位:円)	直近1年間の収入実績(前月から遡って1年間)	今後1年間の収入見込
1)年金関係(国民年金、厚生年金、老齢福祉年金、遺族年金、障害年金、恩給、共済会、その他)	年間収入額		
2)利子収入・配当収入・投資収入	年間収入額		
3)自営(商業・農業・不動産等含む)等 開始日 年 月 日	年間収入額		
4)パート・アルバイト等 開始日 年 月 日	月額		
5)雇用保険・傷病手当金、出産手当金 【受給開始: 年 月 日 受給終了(予定) 年 月 日】	日額		
6)休業補償、遺族補償等 【受給開始: 年 月 日 受給終了(予定) 年 月 日】	日額		
7)無職・無収入(ゼロの場合は「0」を記入してください)			
(申請対象者に被保険者以外の配偶者がいる場合は、その方の収入証明書が必要です)	年間合計		

6. 申請扶養者が子で、配偶者が被保険者の被扶養者になっていない場合、配偶者の状況を記載ください。 (夫婦共同扶養・対象の方は必須です)

・配偶者の年収 万円 □ 無職 □ 离婚または死亡 □ その他()

・配偶者がコスモ健保の被保険者の方 : 配偶者の被保険者番号及び氏名()

・配偶者が共済組合で、扶養手当を支給されている □ はい □ いいえ

*配偶者が他健保の方 : 前年の課税(非課税)証明書、もしくは源泉徴収票のどちらかを添付してください。

*離婚やひとり親で子に対し被保険者以外から仕送りや養育費がある場合は記載ください。(万円/月)

(ゼロの場合は「0」と記載してください。)

*申請者の生活状況、申請に至った理由、生計維持の状況、家族構成、被保険者の扶養能力等を総合的に勘案し、厳正かつ公正に判断するため、

この現況届には漏れなく、詳しくご記入ください。記入漏れ等がある場合は、認定審査が遅れる場合があります。

【注意事項】

以下に該当する場合は削除対象となります。速やかに喪失の手続きを行ってください。

後日判明した場合は、遡って扶養削除を行いますのでご注意ください。

*被保険者又は被扶養者が他健保へ加入したとき

*被保険者が主として生計を見なくなつたとき

*年収が被保険者の2分の1を超えたとき(同居の場合)

*1か月の収入が108,334円を超え、年間130万円(60歳以上および障害年金受給者は月額15万円、年間180万円)を超過する見込みになったとき

ただし、配偶者を除く19歳以上23歳未満の場合は、月額12万5千円、年間150万円を超過する見込みになったとき

*給付日額3,612円以上(60歳以上及び障害年金受給者は5,000円以上)の雇用保険・傷病手当金・出産手当金を受給するとき

ただし、配偶者を除く19歳以上23歳未満の場合は、日額4,178円以上の雇用保険・傷病手当金・出産手当金を受給するとき

*同居(同一世帯で生計を維持)で認定を受けた方が、別居になり被保険者からの送金を主として生計維持しなくなったとき

上記注意事項を全て確認しました。なお、事実と相違していた場合には、被扶養者の認定を遡って取り消し、保険給付等の返還をすることに異議ありません。また、認定基準から外れる状況になった場合には、ただちに扶養喪失の申請をいたします。

【事業主記載欄】事業主の確認により添付書類又は本人押印・署名を省略した場合は、該当するものにチェックをしてください。

本人押印・署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。

本人押印・署名の省略にあたり、記載内容について誤りがないか被保険者本人が確認しています。

【コスモエネルギー・グループ健康保険組合確認欄】

常務理事	事務長	担当

< 被扶養者現況届に記載された個人情報
は、本確認書に係る業務処理の目的にのみ
使用し、他の目的には使用いたしません >