認定申請　被扶養者現況届

川崎汽船健康保険組合　理事長　殿

被保険者(申請者)

記号－番号	－	事業所名	
被保険者氏名			

扶養認定対象者

認定対象者氏名		年齢	歳	続柄	

住民票添付に関して： 扶養認定対象者の「続柄」が【子】或いは【配偶者】であって、当現況届における「続柄」及び居住状況「同居」の記載内容が事業主作成の「健康保険被扶養者(異動)届　認定」と一致する場合は住民票の添付を省略できます。

【1. 申請理由】　　**【添付書類】**

☐ a. 被保険者の資格取得(入社)　☐ b. 被保険者の再雇用・転籍(川崎汽船健保内の異動)

☐ c. 被保険者と結婚　☐ d. 扶養認定対象者の退職　☐ e. 扶養認定対象者の収入減少(雇用契約変更による収入減少)

☐ f. 扶養認定対象者の失業給付受給終了

☐ g. 出生

☐ h. その他(a～gに該当しない場合、理由を具体的にご記入下さい)

〔　　〕

C. 婚姻受理証明書等氏名変更日が確認できるもの(事業主が日付の証明ができる場合は不要)

d. 離職票・退職証明書等写(退職したことがわかるもの)

e. 雇用契約書

f. 雇用保険受給資格者証写(支給開始日と給付期間がわかる頁)

h. 申請事由を証明する書類

【2. 被保険者(申請者)について】 認定対象者が「配偶者」である場合は記入不要　　**【添付書類】**

[配偶者]　☐ a.いる　☐ b.いない

a.配偶者が川崎汽船健康保険組合の被扶養者でない場合,配偶者の収入額がわかるもの(源泉徴収票等)

【3. 認定対象者の生活状況について】 3.以下は認定対象者が「子(15歳以下)」の場合については記入不要　　**【添付書類】**

[①居住状況]　＊住民票住所と居所住所が異なる場合は、正しく申請してください

☐ a. 同居　☐ b. 別居

別居の理由〔☐ b-1.被保険者が単身赴任のため　☐ b-2.学生である「子」が通学のため別居　☐ b-3.それ以外　認定対象者の住所　〒　－〕

[②現在の状況]

☐ a. パート・アルバイト　☐ b.学生　☐ c.年金受給者　☐ d. 事業収入・不動産収入がある

☐ e.無職・収入なし　☐ f. その他 (a～e以外) [　　]

[③これまでの健康保険加入状況]

☐ a. 以前も被扶養者であった　☐ b. 国民健康保険　☐ C. 他健康保険組合の被保険者

[④他の扶養義務者について]　＊「配偶者」・「子」以外を認定する場合

今回申請の被保険者以外に扶養義務者(親.兄弟姉妹.等)はいますか　☐ a.いる　☐ b.いない

a.被保険者(申請者)が扶養する理由 (　　)

①a.住民票が同一でも居所住所が異なる場合はbへ

b-3　(1)生計維持関係を証明する書類(**直近3か月**分の送金や支払証明書)3か月分まとめて送金や手渡では生計維持関係を証明するものにはなりません。

＊認定対象者の年間収入以上の生活費送金が必要

(2)被保険者と認定対象者それぞれの住民票(世帯全員分、続柄の記載があるもの)

② a.【4.収入について】**aに進む**

b. 学生証または在学証明書の写し(有効期限内)

c.【4.収入について】**bに進む**

d.【4.収入について】**e・f** 該当するものに進む

f. 現在の状況を確認できる書類

③ C.加入していた健康保険資格喪失証明書

④a.　申請の被保険者が扶養する理由を証明する書類

【4. 収入について】 ＊19歳以上については,学生でも収入の申告が必要です。但し、学生の場合のみ下記に月額記載のみで可(添付書類不要)　　**【添付書類】**

☐ a. 給与(パートアルバイト)	月額	円	a. 雇用契約書または給与明細(直近3か月分)の写
☐ b. 年金・恩給　(国民・厚生・個人・企業・障害含む)	年額	円	b. 最新の年金額改定通知等年金額がわかるもの
☐ c. 失業給付受給:日額が60歳未満は3,612円、(配偶者除く19歳以上23歳未満は4,167円)60歳以上は5,000円を超える場合、認定はできません	日額	円	c. 雇用保険受給資格者証写 受給開始日、基本手当日額が記載されている頁
☐ d. 休業補償(傷病手当金等)	月額	円	d. 支給決定通知書等 写
☐ e. 事業収入(自営業、農業等)	年額	円	eとf. 確定申告書及び収支内訳書全ページ 受付印や受付番号が入ったもの
☐ f. 不動産収入(家賃や駐車場等)	年額	円	
☐ g. その他(内容と金額を具体的にご記入下さい)	年額	円	g. 記載の収入額が確認できるもの

〔　　〕

【5. 雇用保険失業給付受給について】　　**【確認事項】**

☐ a. 受給資格がない　〔理由:　☐ 雇用保険未加入　☐ 加入期間や要件を満たしていない　☐ その他 (　　)〕

☐ b. 受給資格はあるが受給しない　(理由:　　)

☐ C. 受給します　[受給(予定)期間:　年　月　日から　日間

☐ d. 受給延長します　(理由:　　)

【a～d全員】　☐ 雇用保険の受給について、右の確認事項を了承しました。

①受給することになった際は、基本手当日額を確認の上削除の手続きをお願いします。

②受給状況を確認するために「雇用保険受給資格者証の提示を求める場合があります。

③a・b・dを選択した場合は理由を必ず記載ください

誓約書	①上記、記載の内容は事実と相違ありません。また、申告以外の収入がないことを誓約いたします。 ②別途書類の提出を求められた場合は、速やかに提出することに同意いたします。 ③認定基準に該当しないことが判明した場合は、速やかに扶養削除の手続きを行います。 令和　年　月　日　被保険者氏名