

(様式第2号)

被扶養者現況書

| | | | | | | | | |
|----------------------|--|--|---------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------|------------|--|
| 記号 | 66 | 番号 | 893 | 被保険者氏名 | 電線 太郎 | | | |
| 申請する被扶養者氏名 | | 電線 花子 | | 続柄 | 妻 | 世帯別 | ① 同居 2. 別居 | |
| 申請する被扶養者について記入してください | ① 申請理由 | ① 被保険者の資格取得に伴う 2. 離職による 3. 婚姻による 婚姻年月日 年 月 日 | | | 4. その他(左記1から3以外) 理由 _____ | | | |
| | ② 扶養申請前の職業 | 有 | 退職年月日 | 年 月 日 | 退職理由 | 定年退職・婚姻・出産・育児・介護 その他() | | |
| | | 無 | 就業期間 | 2020年4月1日～ 年 月 日 (6年 ヶ月) | | | | |
| | ③ 雇用保険受給資格 | 有 | 1. 受給申請予定 | 令和 年 月 日頃 申請予定・延長手続き | | | | |
| | | | 2. 受給申請中 | 令和 年 月 日申請 | | | | |
| | | | 3. 受給期間 | 受給開始 令和 年 月 日～ 受給満了 令和 年 月 日 | | | | |
| | | | 4. 受給しない | 理由: 出産・育児・介護・病気療養・その他() | | | | |
| | ③ 雇用保険受給資格 | 無 | 理由 (就業中のため) | | | | | |
| | ④ 今まで加入していた保険 | 1. 健康保険 ② 国民健康保険 3. その他() | | | | | | |
| | ⑤ 収入の有無 | 1. 無 ② 給与収入のみ有 3. 複数の収入有 | | 収入年額 | 900,000 円 | 平均月額 | 75,000 円 | |
| 収入内訳 | ① パート・アルバイト 収入 雇用保険等による | | 2. 年金による収入 | | 3. その他の収入 | | 備考 | |
| | 時給・日給 | 1,200 円 | 厚生年金 | 月額 円 | 営業等・農業 | 月額 円 | 通勤費 | |
| | 1日の勤務時間数 | 4 時間 | 国民年金 | 月額 円 | 不動産 | 月額 円 | 200円/日 | |
| | 1ヶ月の勤務日数 | 15 日 | 共済年金 | 月額 円 | 利子・配当 | 月額 円 | | |
| | 雇用保険 | 日額 円 | 遺族年金 | 月額 円 | その他() | | | |
| | 傷病手当金 | 日額 円 | 障害年金 | 月額 円 | | 月額 円 | | |
| 出産手当金 | 日額 円 | 企業・基金 | 月額 円 | | | | | |
| ⑥ 生計維持関係 | ア. 被保険者が負担している生活費(同居) | | 月額 | 全額 円 | | | | |
| | イ. 被保険者からの生活費の送金額(別居) | | 月額 | 円 | (送金額の確認できる書類を添付) | | | |
| | ウ. 被保険者以外に生活費を負担している者の氏名 | | 氏名 | 続柄 | 負担額 | 月額 | 円 | |
| | エ. 所得税の扶養控除 | | ① 有 ・ 無 | | | | | |
| ⑦ 介護保険 | 1. 介護認定を受けている(受給内容 要支援・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5) | | | | | | | |
| | 2. 介護保険は受けていない、受ける予定もない | | | | | | | |
| | 3. 将来認定申請をする予定 | | | | | | | |

東日本電線工業健康保険組合

◎被扶養者以外で同居している家族をご記入ください。

提出年月日 令和 8 年 4 月 1 日

| 氏名 | 続柄 | 年齢 | 職業 | 月収 |
|-------|----|----|-------|-----|
| 電線 心太 | 長男 | 10 | 小学4年生 | 0 円 |
| | | | | 円 |
| | | | | 円 |