

認定対象者 状況届
(子ども)

| | | | | | | |
|----|------------|--|--|--|----|-------|
| 常務 | 記入例 | | | | 担当 | 年 月 日 |
| | | | | | | 認定 否認 |

この届は被扶養者の認定を受ける為に必要な調査書ですので、事実に基づき詳細にご記入ください。
 ※ 原則として、年間の収入が130万円以上(60歳以上、または障害厚生年金受給者等は180万円以上)、被保険者の年間収入の1/2以上ある方は被扶養者として認定できません。
 ※ また、認定にあたり厳正なる審査をいたします。関係書類を提出することで無条件に認定されるものではありません。状況に応じて、追加書類の提出を求められることがあります。

| 会社名 | 保険証 | 被保険者氏名 |
|----------------------------|--------------|---|
| (株) 和亜琉土須斗阿 | 記号 12 番号 345 | 健康 良子 |
| 所属部署(または店舗名): 神戸 OO アン△×トル | | 状況届の提出にあたり、末尾の【個人情報のお取扱いについて】をお読みいただき、下のいずれかにチェック <input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい <input checked="" type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない 同意の無い場合は適正な認定審査ができない等支障が生じる場合があります。 |
| 連絡先 電話番号: (078) 345-6789 | | |

続柄は長男・次男・養子など詳細を記入

| 認定対象者氏名 | 生年月日 | 続柄 |
|---------------|---|----|
| フリガナ ケンコウ タロウ | 昭 11年 1月 2日 | 長男 |
| 漢字 健康 太郎 | 平 | |
| 現在加入の健康保険 | 組合健保・政管健保・ <u>国保</u> ・日雇保険・共済組合 船員保険・任意継続保険・その他() | |

扶養申請の理由

※該当する全ての項目にチェック してください。

| | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者が ワールド健保組合に加入したことに伴うため (加入日: 平成 19年 4月 1日) | <input type="checkbox"/> 子の出生のため (新生児) |
| <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者が 配偶者との離婚のため (離婚日: 昭 平 18年 7月 6日) | <input type="checkbox"/> 子が離職し、現在無収入であるため (退職日: 平成 年 月 日) (前 就職先:) |
| <input type="checkbox"/> その他の理由: | |
| 被保険者が認定対象者を扶養する理由(詳細を記入): 離婚しており、母子家庭のため。未成年のため。 | |

※必ず記入! 実態を詳しく記入してください

認定対象者の親族状況

職業欄は、学生の場合「中学1年」「大学1年」など詳細を記入

| | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 職業 | 年換算 収入額 | 年間送金額 | 同居別居 |
|--------|-------|----|----|-----|---------|-------|------|
| 認定対象者 | 健康 太郎 | 本人 | 7 | 小学生 | 0 | — | 同 別 |
| 被保険者 | 健康 良子 | 母 | 31 | 会社員 | 275万円 | — | 同 別 |
| 配偶者 | 田中 一郎 | 父 | 35 | 会社員 | — | 48万円 | 同 別 |
| その他 | | | | | | | |
| 同居の 家族 | | | | | | | |

離婚の配偶者について赤字記入
(離婚日も記入してください)

《注》死亡者または離婚者については、「朱書」で記入下さい。
 離婚後の養育費等は、認定対象者1人あたりの年間額を「年間送金額」欄に記入下さい。(無い場合は 0円 と記入)

| | |
|------------------|---|
| 被保険者が認定対象者と別居の場合 | ①別居理由: |
| | ②被保険者の家屋 (持ち家・借家) 借家 ⇒ :家賃 ¥ _____ (1ヶ月あたり) |
| | ③認定対象者の家屋(持ち家・借家) 借家 ⇒ :家賃 ¥ _____ (1ヶ月あたり) |
| | ④認定対象者の同居人(有り・無し) 有り⇒:計 _____ 人、認定対象者から見た続柄: _____ |
| | ⑤送金状況: ¥ _____ (1ヶ月あたり)、 ¥ _____ (ボーナス時)、 ¥ _____ (年間額) |

状況確認

《注》必要添付書類の詳細は、別表「添付書類一覧表」を必ずご確認ください

| 状況 | | 事項の詳細 (該当にチェック <input checked="" type="checkbox"/>) | 《注》必要添付書類 |
|---------------|----------------|--|---------------------------|
| 被保険者と配偶者の婚姻関係 | 婚姻している | <input type="checkbox"/> 配偶者も被扶養者である <input type="checkbox"/> 配偶者は被扶養者ではない | 配偶者の収入証明 (下記、収入区分を参考に) |
| | 婚姻していない | <input checked="" type="checkbox"/> 離婚 ・未婚・内縁関係) いずれかに○ | 住民票 ※続柄 要記載 |
| 認定対象者について | A:小学生未満 | <input type="checkbox"/> 乳児・未就学児童である | |
| | B:学生 | <input checked="" type="checkbox"/> 小学生以上～高校生までである <input type="checkbox"/> 18歳以上(高校卒業～)である | 学生証(写) |
| | C:学生以外* | <input type="checkbox"/> 就労している・ <input type="checkbox"/> 無職である | 下記参照 |

注意!
Aまたは、Bに該当の場合は、収入の有無についての記入は不要。
Cに該当の方は必ずご記入ください。

C:学生以外*の収入の有無について

★「収入」とは、勤労収入・不動産収入・農漁業収入・利子収入・配当収入・恩給・年金・失業給付・傷病手当金等、その他全ての収入が対象です。
※収入の有無に関わらず、公的な証明が必要です(状況に応じ追加書類の提示も求めます)

| 収入区分 (該当にチェック <input checked="" type="checkbox"/>) | 事項の詳細 | 《注》必要添付書類 |
|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 勤労収入 (アルバイト等) | ① 稼働日数: 日/月 ② 収入額: ¥ /月 | 雇用形態及支払証明書 |
| <input type="checkbox"/> 自営業 | ① 営業場所: ② 業種内容: ③ 収入額: ¥ /月 | 確定申告書の裏表両面と収支内訳書(写) ※税務署受付印済み |
| <input type="checkbox"/> その他 | ① 収入詳細: ② 収入額: ¥ /月 | |
| <input type="checkbox"/> 収入無し | 収入が無い理由: | 1年以上収入が無い場合 非課税証明書 |
| 雇用保険の受給資格 (該当にチェック <input checked="" type="checkbox"/>) | 有 <input type="checkbox"/> 受給を終了した (受給期間:H 年 月 日 ~ 年 月 日) | 受給資格者証(写) |
| | <input type="checkbox"/> 受給延長中 理由: | 離職票1.2 (および受給延長届) |
| | <input type="checkbox"/> 受給しない | |
| 無 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 離職した職場に雇用保険の制度が無い、または加入期間の不足 (勤務期間:H 年 月 日 ~ 年 月 日) | 源泉徴収票 または 退職証明に雇用保険の有無を明記したもの |
| | <input type="checkbox"/> 職業についたことが無い | 所得証明書 または 非課税証明書 |
| | <input type="checkbox"/> その他の理由: | |

上記の事実と相違ありません。

尚、事実と相違した内容があった場合は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存ありません。また、認定基準から外れる状況になった場合は、ただちに扶養削除の申請をいたします。

届出日 平成 19 年 4 月 10 日

ワールド健康保険組合 理事長殿

お読みいただいた上で、
1ページ目の同意欄に
チェックして下さい

住所: 〒654-1234 神戸市○○区△△町4丁目5-6 ××マンション7号室

電話番号: (078)987-6543

被保険者氏名: 健康 良子



捺印を
お忘れ
なく

【個人情報のお取り扱いについて】
ご記入頂いた個人情報は、あなたが被扶養者として申請しようとする方について、扶養の状況を詳しく把握することにより、組合が健康保険法及び関係通達等に則り正しく又公平に被扶養者の認定を行うために取得するものです。これ以外の目的で個人情報を利用することや、第三者提供を行うことは一切ありません。ただし、状況届を提出されない場合や必要事項を記入しただけの場合は、被扶養者認定の判断ができませんので、被扶養者となることができません。また、記入内容についてお尋ねしたり、必要に応じて別途証憑書類を提出いただくことがあります。ご自身の個人情報については開示を請求することができます。開示の結果、当該情報が誤っている場合には訂正・削除を要求することができます。この個人情報のお取り扱いについてのお問い合わせや開示請求は、ワールド健康保険組合 常務理事(個人情報保護管理者) 電話 078-302-8185 までご連絡ください。

状況確認

《注》必要添付書類の詳細は、別表「添付書類一覧表」を必ずご確認ください

| 状況 | | 事項の詳細 (該当にチェック <input 2"="" checked="" type="checkbox>)</th> <th>《注》必要添付書類</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="/> 被保険者と配偶者の婚姻関係 <td>婚姻している</td> <td><input type="checkbox"/> 配偶者も被扶養者である <input type="checkbox"/> 配偶者は被扶養者ではない</td> <td>配偶者の収入証明 (下記、収入区分参照)</td> | 婚姻している | <input type="checkbox"/> 配偶者も被扶養者である <input type="checkbox"/> 配偶者は被扶養者ではない | 配偶者の収入証明 (下記、収入区分参照) |
|-----------|--|---|---|---|----------------------|
| 婚姻していない | <input type="checkbox"/> (離婚・未婚・内縁関係) いずれかに○ | 住民票 ※続柄 要記載 | | | |
| 認定対象者について | A:小学生未満 | <input type="checkbox"/> 乳児・未就学児童である | | | |
| | B:学生 | <input type="checkbox"/> 小学生以上～高校生までである <input type="checkbox"/> 18歳以上(高校卒業～)である | 学生証(写) | | |
| | | C:学生以外* | <input type="checkbox"/> 就労している・ <input type="checkbox"/> 無職である | 下記参照 | |

C:学生以外*の収入の有無について

★「収入」とは、勤労収入・不動産収入・農漁業収入・利子収入・配当収入・恩給・年金・失業給付・傷病手当金等、その他全ての収入が対象です。
※収入の有無に関わらず、公的な証明が必要です(状況に応じ追加書類の提示も求めます)

| 収入区分 (該当にチェック <input checkbox"="" checked="" type="checkbox>)</th> <th>事項の詳細</th> <th>《注》必要添付書類</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="/> 勤労収入 (アルバイト等) <td>① 稼働日数: 日/月 ② 収入額: ¥ /月</td> <td>雇用形態及支払証明書</td> | ① 稼働日数: 日/月 ② 収入額: ¥ /月 | 雇用形態及支払証明書 |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 自営業 | ① 営業場所: ② 業種内容: ③ 収入額: ¥ /月 | 確定申告書の裏表両面と収支内訳書(写) ※税務署受付印済み |
| <input type="checkbox"/> その他 | ① 収入詳細: ② 収入額: ¥ /月 | |
| <input type="checkbox"/> 収入無し | 収入が無い理由: | 1年以上収入が無い場合 非課税証明書 |
| 雇用保険の受給資格 (該当にチェック <input checkbox"="" checked="" type="checkbox>)</td> <td>有 <input type="/> 受給を終了した (受給期間:H 年 月 日 ~ 年 月 日) | 受給資格者証(写) | |
| | <input type="checkbox"/> 受給延長中 理由: <input type="checkbox"/> 受給しない | 離職票1.2 (および受給延長届) |
| | 無 <input type="checkbox"/> 離職した職場に雇用保険の制度が無い、または加入期間の不足 (勤務期間:H 年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 職業についたことが無い <input type="checkbox"/> その他の理由: | 源泉徴収票 または 退職証明に雇用保険の有無を明記したもの 所得証明書 または 非課税証明書 |

上記の事実と相違ありません。

尚、事実と相違した内容があった場合は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存ありません。また、認定基準から外れる状況になった場合は、ただちに扶養削除の申請をいたします。

届出日 平成 年 月 日

ワールド健康保険組合 理事長殿

住所:〒.....

電話番号:.....

被保険者氏名:.....



【個人情報のお取り扱いについて】

ご記入頂いた個人情報は、あなたが被扶養者として申請しようとする方について、扶養の状況を詳しく把握することにより、組合が健康保険法及び関係通達等に則り正しく又公平に被扶養者の認定を行うために取得するものです。これ以外の目的で個人情報を利用することや、第三者提供を行うことは一切ありません。ただし、状況届を提出されない場合や必要事項を記入しただけの場合は、被扶養者認定の判断ができませんので、被扶養者となることができません。また、記入内容についてお尋ねしたり、必要に応じて別途証書類を提出いただくことがあります。ご自身の個人情報については開示を請求することができます。開示の結果、当該情報が誤っている場合には訂正・削除を要求することができます。この個人情報のお取り扱いについてのお問い合わせや開示請求は、ワールド健康保険組合 常務理事(個人情報保護管理者) 電話 078-302-8185 までご連絡ください。