

認定対象者 状況届

(配偶者)

記入例

ご提出は各事業所(会社)の申請窓口になります

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) ◆◆◆◆	記号 98 番号 765	保健 一郎
所属部署(または店舗名): ◆◆事業部 ■■部 □□チーム		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
連絡先 電話番号: 078(987)6543		

認定対象者氏名	生年月日	続柄
フリガナ ポケン レイコ	昭	妻・夫
漢字 保健 令子	平 63年3月3日	
現在加入の健康保険 (該当に○をつける)	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()	

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 を入れて下さい

同意する 一部不同意
 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。

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。

チェック をお忘れなく

<input 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: 令和 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 結婚の為 (婚姻日: 令和 年 月 日)
<input type="checkbox"/> 雇用保険の受給期間が満了したため (満了日: 令和 年 月 日)	<input checked="" type="checkbox"/> 認定対象者が離職し、現在無収入であるため (退職日: 令和 平成31年 3 月 31 日) (前就職先: (株)▲▲商会)
<input checked="" type="checkbox"/> 雇用保険の受給延長中であるため (延長開始日: 令和 平成31年 3 月 31 日)	<input type="checkbox"/> 過去1年以上、就労(パート含む)していない
<input type="checkbox"/> 年換算収入見込額が一定額(130万未満)以下のため	<input type="checkbox"/> その他:

※必ず記入!

実態を詳しく記入してください

被保険者が認定対象者を扶養する理由(詳細を記入):

妻は、妊娠により退職。雇用保険の受給延長手続きをしており、収入がないため。

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	保健 令子	本人	31	無職	0	—	<u>同</u> 別
被保険者	保健 一郎	夫	38	会社員	480万円	—	<u>同</u> 別
その他 家族	保健 大助	長男	4	幼児	0	—	<u>同</u> 別
							同・別
							同・別
							同・別

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)

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)

《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

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"/> 農業 ※年間あたり	A:田 耕地面積: 額: ¥ /年 B:畑 耕地面積: 額: ¥ /年 C:果樹園 耕地面積: 額: ¥ /年	
<input type="checkbox"/> 家賃収入	① 不動産詳細: ② 収入額: ¥ /月	
<input type="checkbox"/> その他	① 収入詳細: ② 収入額: ¥ /月	
<input type="checkbox"/> 年金 恩給等 ※年間あたり	該当の全てに○をつけて下さい 総合計額: ¥ /年 共済、厚生、国民、障害、遺族、恩給、その他()	年金改定通知書(写) または年金見込み額 照会回答票(写)
	60歳以上の方で 年金が無い場合 理由:	年金保険被保険者期間 の回答書
<input checked="" type="checkbox"/> 収入無し	収入が無い理由: 平成31年3月末に退職したため、現在は収入無し	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・R 年 月 日 ~H・R 年 月 日)	受給資格者証(写)
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 受給延長中 理由: 出産後は、働く意志があるため	離職票1.2 (および受給延長届)
無 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 受給しない	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"/>	<input type="checkbox"/> 退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・R 年 月 日 ~H・R 年 月 日)	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 職業についたことが無い <input type="checkbox"/> その他の理由:	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 令和 元 年 5 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: 〒654-3210 神戸市○○区△△町8丁目9-1

電話番号: (090)○○○○-○○○○

被保険者氏名: **保健 一郎**

捺印を
お忘れ
なく

保健印

シヤハタ可

【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いただけない場合は、被扶養者認定の判断ができませんので、被扶養者とす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。

認定対象者 状況届
(配偶者)

常務理事	事務長	担当	担当	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 記号 番号	被保険者 氏名
所属部署(または店舗名):		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 type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 一部不同意 <input type="checkbox"/> 同意しない <small>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。</small>
連絡先 電話番号:		

認定対象者 氏名	生年月日	続柄
フリガナ	昭	妻・夫
漢字	平 年 月 日	
現在加入の健康保険 (該当に ○をつける)	組合健保・政管健保・国保・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 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: 令和 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 結婚の為 (婚姻日: 令和 年 月 日)
<input type="checkbox"/> 雇用保険の受給期間が満了したため (満了日: 令和 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 認定対象者が離職し、現在無収入であるため (退職日: 令和 年 月 日) (前 就職先:)
<input type="checkbox"/> 雇用保険の受給延長中であるため (延長開始日: 令和 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 過去1年以上、就労(パート含む)していない
<input type="checkbox"/> 年換算収入見込額が一定額(130万未満)以下のため	<input type="checkbox"/> その他:

被保険者が認定対象者を扶養する理由(詳細を記入):

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	本人					同・別
被保険者						同・別
その他 家族						同・別
						同・別
						同・別

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)

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)

《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

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"/> 農業 ※年間あたり	A:田 耕地面積: 額: ¥ /年 B:畑 耕地面積: 額: ¥ /年 C:果樹園 耕地面積: 額: ¥ /年	
<input type="checkbox"/> 家賃収入	① 不動産詳細: ② 収入額: ¥ /月	
<input type="checkbox"/> その他	① 収入詳細: ② 収入額: ¥ /月	
<input type="checkbox"/> 年金 恩給等 ※年間あたり	該当の全てに○をつけて下さい 総合計額: ¥ /年 共済、厚生、国民、障害、遺族、恩給、その他()	年金改定通知書(写) または年金見込み額 照会回答票(写)
	<u>60歳以上</u> の方で 年金が無い場合 理由:	年金保険被保険者期間 の回答書
<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	有	<input type="checkbox"/> 受給を終了した (受給期間:H・R 年 月 日 ~H・R 年 月 日)	受給資格者証(写)
	<input type="checkbox"/>	<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	
(該当に チェック <input checked="" type="checkbox"/>)	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・R 年 月 日 ~H・R 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"/>	無	<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 令和 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いただけない場合は、被扶養者認定の判断ができませんので、被扶養者として行うことができません。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。