

認定対象者 状況届  
(父母とその他)

<b>記入例</b>				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ることがあります。

会社名 <b>(株) 和亜琉土</b>	保険証 記号 <b>56</b> 番号 <b>7890</b>	被保険者 氏名 <b>保研 良雄</b>
所属部署(または店舗名): <b>専門店事業部 西日本グループ △△△</b>		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: <b>078 (112) 2334</b>		
続柄は <b>実母・義母</b> など詳細を記入		
認定対象者 氏名 フリガナ <b>ホケン ヨシエ</b> 漢字 <b>保研 良枝</b>	生年月日 <b>昭和13年 6月 7日</b>	続柄 <b>実母</b>
現在加入の健康保険	組合健保・政管健保・ <b>国保</b> ・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: 平成 年 月 日)	<input checked="" type="checkbox"/> 年換算収入見込額が一定額(130万未満)以下のため (60歳以上または障害厚生年金受給者等は180万円)
<input type="checkbox"/> 雇用保険の受給期間が満了したため (満了日: 平成 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 離職(または自営廃業)し、現在無収入のため (退職[廃業]日: 平成 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: 平成 年 月 日)	<input checked="" type="checkbox"/> 過去1年以上、就労(パート含む)していない
<input checked="" type="checkbox"/> その他の理由: <b>父死亡のため</b>	

被保険者が認定対象者を扶養する理由(詳細を記入):  
**以前は、父の扶養であったが、死亡した為。私は母に仕送り等、金銭的に養っている。**

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	<b>保研 良枝</b>	本人	<b>68</b>	<b>無職</b>	<b>64万円</b>		同・別
被保険者	<b>保研 良雄</b>	長男	<b>38</b>	<b>会社員</b>	<b>550万円</b>	<b>85万円</b>	同・別
被保険者の 配偶者	<b>保研 美紀</b>	長男の妻	<b>32</b>	<b>無職</b>	<b>0円</b>		同・別
その他 家族	<b>保研 翔</b>	二男	<b>35</b>	<b>会社員</b>	<b>300万円</b>		同・別
	<b>保研 忠雄</b>	夫	<b>75</b>	<b>死亡</b>	<b>H19年1月4日</b>		同・別

《注》 死亡者又は離婚者については、朱書で記入下さい。(死亡日または離婚年月日は、年間算収入額欄に記入)

認定対象者と別居の場合

- ①別居理由: **もともと別居していた。いまのところ、同居の予定無し。**
- ②被保険者の家屋(持ち家・借家) 借家 ⇒ :家賃 円 **100,000** (1ヶ月あたり)
- ③認定対象者の家屋(持ち家・借家) 借家 ⇒ :家賃 円 (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: 円 **65,000** (1ヶ月あたり)、円 **100,000** (ボーナス時)、円 **850,000** (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。  
世帯全員の住民票(続柄 要記載)と戸籍謄本は、いかなる場合も必要です。

重要!

状況	事項の詳細 (該当にチェック ☑)	《注》必要添付書類
認定対象者の婚姻について	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	認定対象者の配偶者の収入証明
	婚姻していない <input checked="" type="checkbox"/> (離婚・未婚・内縁関係・死別) いずれかに○	

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 ☑)	事項の詳細	《注》必要添付書類
<input type="checkbox"/> 勤労収入(パート等)	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 checked="" 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: ¥ 641,600 /年 共済、厚生、国民、障害、遺族、恩給、その他( ) 60歳以上の方で 理由: 年金が無い場合	年金振込通知書(写)または 年金改定通知書(写)または 年金見込み額照会回答票(写)  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: 年金と仕送りで生活しており、他には無し	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 ☑)	有	事項の詳細	添付書類
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 受給を終了した (受給期間: 年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 受給延長中 理由: <input type="checkbox"/> 受給しない	受給資格者証(写)  退職票1.2 (および受給延長届)
<input checked="" 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: 年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 職業についたことが無い <input checked="" type="checkbox"/> その他の理由: 20年前に退職以来、専業主婦	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 19 年 1 月 20 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 大阪市○○区△△町5丁目4-3

電話番号: (06)6778-8877

被保険者氏名: 保研 良雄

捺印を  
お忘れ  
なく

保研  
印  
シヤチハタ可

【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。

認定対象者 状況届

(父母とその他)

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ることがあります。

会社名	保険証	被保険者氏名
	記号 番号	
所属部署(または店舗名):		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                 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"/> 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。             </div>
連絡先 電話番号:		

続柄は 実母・義母 など詳細を記入

認定対象者 氏名	生年月日	続柄
フリガナ	大 昭 平 年 月 日	
漢字		
現在加入の健康保険	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 <input checked="" type="checkbox"/> 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: 平成 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 年換算収入見込額が一定額(130万未満)以下のため (60歳以上または障害厚生年金受給者等は180万円)
<input type="checkbox"/> 雇用保険の受給期間が満了したため (満了日: 平成 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 離職(または自営廃業)し、現在無収入のため (退職[廃業]日: 平成 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: 平成 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"/> 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):	

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
被保険者の配偶者							同・別
その他 家族							同・別
							同・別

《注》死亡者又は離婚者については、朱書で記入下さい。(死亡日または離婚年月日は、年間算収入額欄に記入)

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。  
住民票(続柄・世帯主の記載)と戸籍謄本は、いかなる場合も必要です。

状況		事項の詳細 (該当にチェック <input 2"="" checked="" type="checkbox&gt;)&lt;/th&gt; &lt;th&gt;《注》必要添付書類&lt;/th&gt; &lt;/tr&gt; &lt;/thead&gt; &lt;tbody&gt; &lt;tr&gt; &lt;td rowspan="/> 認定対象者の婚姻について <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 rowspan="2">認定対象者の配偶者の収入証明</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	認定対象者の配偶者の収入証明
婚姻していない	<input type="checkbox"/> (離婚・未婚・内縁関係・死別) いずれかに○				

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&gt;)&lt;/th&gt; &lt;th&gt;事項の詳細&lt;/th&gt; &lt;th&gt;《注》必要添付書類&lt;/th&gt; &lt;/tr&gt; &lt;/thead&gt; &lt;tbody&gt; &lt;tr&gt; &lt;td&gt;&lt;input type="/> 勤労収入(パート等) <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"/> 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( )	年金振込通知書(写)または 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 type="checkbox"/> 収入無し	収入が無い理由:	非課税証明書

雇用保険の 受給資格  (該当に チェック <input 3"="" checked="" type="checkbox&gt;)&lt;/td&gt; &lt;td rowspan="/> 有 <input type="checkbox"/>	<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 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。