

現況書【出生時を除く0歳～学生の子の追加】記入例

今回、扶養追加する家族1名につき1枚記入してください。該当部分は必ず記入し、選択部分は該当に✓を付けてください。

1. 被保険者（本人）情報

保険証 記号－番号		被保険者の氏名		誓約書（□を✓し、日付を記入）	
1 - 1230△		健保 花子		<input checked="" type="checkbox"/> 夫婦共同扶養の原則に基づき、配偶者（再婚等で新たに配偶者を得た場合や事実婚・内縁関係も含む）の収入が被保険者の収入を上回った場合は、速やかに扶養削除の申請をします。 令和 4 年 6 月 1 日	
スターボックス以外 ¹ の収入（申請日時点・ひと月あたり）					
Wワーク給与	自営業/投資/不動産等	養育費	児童扶養（ひとり親）手当	児童（子供）手当 複数人の場合は合計	その他 公的機関からの受給等
0 万円/月	0 万円/月	0 万円/月	<input checked="" type="checkbox"/> 申請予定/中 <input type="checkbox"/> 申請しない <input type="checkbox"/> 不支給決定 <input type="checkbox"/> 受給中(予定)	1.5 万円/月	名称： 0 万円/月

2. 扶養追加する子の情報

子の氏名	子の身分（申請日時点）	子の収入（申請日時点・ひと月あたり・高校生以下は不要）		
健保 一郎	<input checked="" type="checkbox"/> 中学生以下 <input type="checkbox"/> 高校生 <input type="checkbox"/> 大学/専門学校 <input type="checkbox"/> その他（ ）	アルバイト給与	給付型奨学金	その他
		万円/月	万円/月	万円/月
子の健康保険（現在加入中/直前まで加入していた）				
<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会	<input type="checkbox"/> 健康保険組合/協会	<input type="checkbox"/> 共済組合	<input checked="" type="checkbox"/> 加入中 <input type="checkbox"/> 脱退済み

3. 配偶者（事実婚や内縁含む）の情報

配偶者	<input type="checkbox"/> あり（続けて下記項目を記入） <input checked="" type="checkbox"/> なし（離婚日：令和 4 年 5 月 25 日 ←離婚により子を扶養追加する場合は記入）					
配偶者の氏名	配偶者の職業（申請日時点）		配偶者の健康保険（申請日時点）			
	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> アルバイト/パート <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 加入中 <input type="checkbox"/> 健康保険組合/協会 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 脱退済み			
配偶者の収入（申請日時点・ひと月当たりの平均額）						
給与 （総支給額）	不動産/利子/配当 （経費控除前の収入額）	年金		失業手当 （雇用保険）	傷病/出産手当金/ 育児休業給付金	その他
		老齢	遺族	障害		名称：
万円/月	万円/月	万円/月	万円/月	万円/月	万円/月	万円/月
配偶者の退職による子の扶養追加の場合						
退職日	退職理由		失業手当（雇用保険）			
令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 自己都合 <input type="checkbox"/> 会社都合 <input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/> 手続き予定/手続き中 <input type="checkbox"/> 受給中【基本手当日額：_____円】 <input type="checkbox"/> 受給延長 <input type="checkbox"/> 受給しない【理由： <input type="checkbox"/> 自営業を開始 <input type="checkbox"/> 受給要件を満たさない <input type="checkbox"/> その他（ ）】			

4. 配偶者以外の同居家族について

今回扶養追加する家族・すでに被扶養者として当組合に加入している家族・配偶者以外に、成人の親族が同居（住民票上の同一世帯）している。（例：子の祖父母や被保険者のきょうだい等）	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
--	---

⇒「はい」と回答した方は2ページ目も記入して提出してください。「いいえ」の方は1ページ目のみ提出してください。

上記の個人情報は、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用しません。

スターボックスコーヒージャパン健康保険組合

1ページ目の4で「はい」と回答した方のみ、提出してください。

保険証 記号 - 番号	被保険者の氏名
1 - 1230△	健保 花子

5. 他の成人家族（被保険者の父母・義父母・きょうだい等）の情報

家族①の氏名		続柄	年齢	家族①の職業等（申請日時点）			
健保 恵子		母	60	<input type="checkbox"/> 正社員 <input checked="" type="checkbox"/> アルバイト/パート <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 年金受給者 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
家族①の健康保険（申請日時点）							
<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input checked="" type="checkbox"/> 健康保険組合/協会 <input type="checkbox"/> 共済組合				<input checked="" type="checkbox"/> 加入中 <input type="checkbox"/> 脱退済み			
家族①の収入（申請時点・ひと月あたりの平均額）							
給与 （総支給額）	不動産/利子/配当 （経費控除前の収入額）	年金			失業手当 （雇用保険）	傷病/出産手当金/ 育児休業給付金	その他 名称：
		老齢	遺族	障害			
10 万円/月	0 万円/月	0 万円/月	0 万円/月	0 万円/月	0 万円/月	0 万円/月	0 万円/月
家族①の退職による子の扶養追加の場合							
退職日		退職理由		失業手当（雇用保険）			
令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 自己都合 <input type="checkbox"/> 会社都合 <input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/> 手続き予定/手続き中 <input type="checkbox"/> 受給中【基本手当日額：_____円】 <input type="checkbox"/> 受給延長 <input type="checkbox"/> 受給しない【理由： <input type="checkbox"/> 自営業を開始 <input type="checkbox"/> 受給要件を満たさない <input type="checkbox"/> その他（ ）】			

家族②の氏名		続柄	年齢	家族②の職業等（申請日時点）			
				<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> アルバイト/パート <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 年金受給者 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
家族②の健康保険（申請日時点）							
<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 健康保険組合/協会 <input type="checkbox"/> 共済組合				<input type="checkbox"/> 加入中 <input type="checkbox"/> 脱退済み			
家族②の収入（申請時点・ひと月あたりの平均額）							
給与 （総支給額）	不動産/利子/配当 （経費控除前の収入額）	年金			失業手当 （雇用保険）	傷病/出産手当金/ 育児休業給付金	その他 名称：
		老齢	遺族	障害			
万円/月	万円/月	万円/月	万円/月	万円/月	万円/月	万円/月	万円/月
家族②の退職による子の扶養追加の場合							
退職日		退職理由		失業手当（雇用保険）			
令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 自己都合 <input type="checkbox"/> 会社都合 <input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/> 手続き予定/手続き中 <input type="checkbox"/> 受給中【基本手当日額：_____円】 <input type="checkbox"/> 受給延長 <input type="checkbox"/> 受給しない【理由： <input type="checkbox"/> 自営業を開始 <input type="checkbox"/> 受給要件を満たさない <input type="checkbox"/> その他（ ）】			

3人以上の場合は2ページ目の用紙を追加してください。

上記の個人情報は、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用しません。