

現況書【配偶者・父母等の追加】

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） | |
| - | | | | <input type="checkbox"/> 扶養追加する家族の収入が認定要件を上回った場合および被保険者の1/2を超えた場合は、速やかに扶養削除の申請をします。 令和 年 月 日 | |
| スターボックス <u>以外</u> 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 |
| 万円/月 | 万円/月 | 万円/月 | <input 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) | 万円/月 | 名称： 万円/月 |
| 扶養追加する家族と別居（住民票を別にしてしている）の場合 | | | | | |
| 別居の理由 | | | 仕送り額（ひと月あたり） | | |
| <input type="checkbox"/> 被保険者の単身赴任（勤務先が認定したもの） <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | 万円/月 | | |

2. 扶養追加する家族の情報

| | | | | | | | |
|--|--------------------------|--|------|---|----------------|----------------------|------|
| 追加家族の氏名 | | 続柄 | 年齢 | 追加家族の職業等（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（ ） | | | |
| 追加家族の健康保険（申請日時点） | | | | | | | |
| <input 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 type="checkbox"/> 加入中 <input type="checkbox"/> 脱退済み | | | |
| 追加家族の収入（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 |
| | | 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 |
| 追加家族の退職による扶養申請の場合 | | | | | | | |
| 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. 扶養追加する家族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 <u>以外</u> に、成人の親族が同居（住民票上の同一世帯）している。（例：配偶者および母と同居していて、母を扶養追加する場合、配偶者がこれに該当） | <input 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3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 |
|-----------|---------|
| - | |

4. 同居（住民票上の同一世帯）する他の成人家族の情報

| 家族①の氏名 | | 続柄 | 年齢 | 家族①の職業等（申請日時点） | | | |
|--|--------------------------|--|------|--|---|------------------------------------|------------|
| | | | | <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 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 | | | |
| 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①の退職による扶養申請の場合 | | | | | | | |
| 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の退職による扶養申請の場合 | | | | | | | |
| 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。

スターバックスコーヒージャパン健康保険組合