

現況報告書(子)

記号		番号		被保険者氏名	印	記入日	年 月 日
申請対象者氏名		続柄		年齢	歳	現在加入している健康保険	

下記の『◆全員にご提出いただく書類』と『1～4で該当する項目の必要書類』を『被扶養者異動届』とあわせて全てご提出ください

◆全員にご提出いただく書類 ⇒ 認定対象者の住民票（続柄等により被保険者との関係が分かるもの）

	申請理由（該当する項目に☑）	必要書類	
1 申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 出生 出生日 年 月 日	・被保険者の配偶者の課税証明書【配偶者がすでに東リ健保の被保険者または被扶養者である場合は不要】	
	<input type="checkbox"/> 被保険者の資格取得(入社) 入社日 年 月 日	・被保険者の配偶者の課税証明書	
	<input type="checkbox"/> 配偶者の扶養から異動	・配偶者の直近3ヶ月の給与明細のコピー	
	<input type="checkbox"/> 退職 退職日 年 月 日	・生計維持申出書	
	雇用保険給付(失業給付)の受給について（該当する項目に☑）		
	<input type="checkbox"/> 受給する	・雇用保険受給資格者証(原本)	
	<input type="checkbox"/> 受給延長	・離職票Ⅰ・Ⅱ(原本) ※1 ・受給期間延長通知書(原本)	
	<input type="checkbox"/> 受給しない	・離職票Ⅰ・Ⅱ(原本) ※1	
	<input type="checkbox"/> 雇用保険未加入	・事業主の発行した退職証明書(原本)	
	<input type="checkbox"/> 失業給付受給終了 受給終了日 年 月 日	・雇用保険受給資格者証(原本、受給終了の印字があるもの)	
<input type="checkbox"/> 傷病手当金・出産手当金受給終了 受給終了日 年 月 日	・各種給付金の支給の終了日が分かるもの		
<input type="checkbox"/> 勤労収入減少 収入減少日 年 月 日	・雇用契約書 ※2 ・3ヶ月分の給与明細のコピー【事後提出】		
<input type="checkbox"/> その他【下欄に申請理由をご記入ください】			
<hr/> <hr/>			

