

この届書は、被扶養者認定にあたり重要な資料になります。満16歳(高校生)以上の方は必ずご提出ください。  
また、被扶養者認定に際し、別途書類の提出が必要な場合がございます。詳しくは「被扶養者認定に必要な書類一覧」をご覧ください  
ただ、当組合までお問い合わせください。電話03-6661-6106  
尚、事実と相違した申請の場合、認定時に遡り資格取消となる場合がございます。現在の状況をありのままにご記入ください。

全日本理美容健康保険組合 殿

## 現 況 書 (任意継続被保険者用)

(太枠の中を記入または で囲んでください)

平成 年 月 日

### 任意継続被保険者

記号・番号	フリガナ	
	被保険者氏名	

#### 配偶者の有無について

ア. 未婚      イ. 既婚      ウ. 離別      エ. 死別

↳ 配偶者の方が、当組合の被扶養者でない  
場合は記入してください

配偶者の  
年間収入 \_\_\_\_\_ 円

#### 現会社の給与

月額 \_\_\_\_\_ 円

年額 \_\_\_\_\_ 円

賞与(見込み)も合算してください。

#### その他の収入

ア. 無

イ. 有      月額 \_\_\_\_\_ 円

年額 \_\_\_\_\_ 円

家族構成及び同居・別居について該当する欄に をつけてください。 被保険者からの続柄でご記入ください。

祖父	祖母	父	母	配偶者	子	孫	その他( )
同居・別居・死別	同居・別居・死別	同居・別居・死別	同居・別居・死別	同居・別居・死別	同居・別居	同居・別居	同居・別居

今回、申請する方を扶養する理由について詳しく教えてください。

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

