

現況書 1/2

Notification of Present Situation

令和5年4月版
April 2023 Version

2021年 4月 2日
YYYY/MM/DD

被保険者 Insured Person	記号 1234 番号 12345678 Symbol Number
	氏名 John Smith Name
扶養申請者 Dependent Applicant	氏名 Jane Smith 年齢 68歳 続柄 Mother Name Age Relationship
	住所(同居の場合は記入不要) 同居・別居(どちらか○) Address (not required if living together) Living together / Living separately (circle one)
	〒9-7-1 Akasaka, Minato-ku 107-6231

1. 扶養申請者の方が今まで加入していた・または現在加入している医療保険制度 1. Medical care insurance system the dependent applicant was previously or is currently enrolled in				3. 扶養申請者の方が、被保険者と別居している場合 3. If the dependent applicant lives separately from the insured person							
(1). 医療保険制度の種類 (※必ず記入) Type of medical care insurance system (must be completed)				(1). 仕送り額 Amount of financial support 80,000 円/月 yen/month							
①国民健康保険 National Health Insurance				(2). 別居の理由について該当する項目をチェックと記入をしてください。 Please check and complete the applicable reason for separate residence.							
②被保険者(任意継続を含む) : 健康保険組合・協会けんぽ・共済組合 等 Insured Person (including voluntary continuation): Health Insurance Organization, Japan Health Insurance Association, Mutual Aid Association, etc.				①扶養申請者の方が、学生のため(大学・専門学校・予備校生など) The dependent applicant is a student (university, vocational school, preparatory school, etc.)							
③被扶養者(任意継続の場合を含む) : 健康保険組合・協会けんぽ・共済組合 等 Dependent (including cases of voluntary continuation): Health Insurance Organization, Japan Health Insurance Association, Mutual Aid Association, etc.				②被保険者が単身赴任中のため The insured person is on a job transfer away from family							
④未加入 (年 月から未加入) Not enrolled (not enrolled since ____ YYYY ____ MM)				③扶養申請者の方が、特別養護老人ホームや障害者施設に入居中のため The dependent applicant resides in a special nursing home for the elderly or a disability facility							
(2). 資格喪失年月日 Date of loss of qualification		2021年 4月 1日 YYYY/MM/DD		喪失していない場合 こちらにマル⇒ Circle ⇒ if qualification has not been lost		保険加入中 Currently insured					
2. 申請事由 ※この1年で該当する全ての項目にチェックと記入をしてください 2. Reason for application *Please check and complete all applicable items for this year								4. 扶養申請者の方の配偶者の有無・状況 4. Marital status and situation of the dependent applicant			
①被保険者の入社・社会保険加入のため Due to the insured person's employment/social insurance enrollment								①配偶者あり ⇒ 被保険者(FR健保組合) Has spouse → Insured person (FR Health Insurance Organization)			
②扶養申請者の方が、退職したため 年 月 日 Due to the dependent applicant's retirement YYYY/MM/DD								②配偶者あり ⇒ 他の医療保険制度に加入 ⇒ 配偶者の収入 あり・なし Has spouse → Enrolled in another medical care insurance system → Spouse's income: Yes/No			
※ 扶養申請者の雇用保険(失業給付)についてチェックと記入をしてください。 *Please check and complete information regarding the dependent applicant's employment insurance (unemployment benefits): <input type="checkbox"/> 受給する (基本手当日額 円) Will receive benefits (Basic daily allowance: ____ yen) <input type="checkbox"/> 受給延長をしている Benefits have been extended <input type="checkbox"/> 受給を予定している (受給開始予定 年 月) Planning to receive benefits (Expected start date: YYYY/MM) <input type="checkbox"/> 受給しない・・・理由 () Will not receive benefits - Reason: ____								③配偶者なし ⇒ 未婚・離婚(2011年 9月)・死別(年 月) No spouse → Single / Divorced (YYYY/MM) / Widowed (YYYY/MM)			
③扶養申請者の方が退職後、雇用保険の受給が終了するため 受給終了予定日 年 月 日 Due to the dependent applicant's completion of employment insurance benefits Expected end date YYYY/MM/DD								《個人情報保護に関して》Protection of Personal Information			
④扶養申請者の方と結婚したため 結婚した日 年 月 日 Due to marriage with the dependent applicant Date of marriage YYYY/MM/DD								1. 個人情報保護ポリシー(基本方針)に則り、取り組みを推進しています。			
⑤その他 (具体的に記入してください) Other (please specify): Income Reduction Due to Part-Time Employment Contract Changes 2021年 4月 1日 YYYY/MM/DD								2. 法令に基づく場合や人の生命、身分又は財産の保護、また公衆衛生の向上に必要な場合は、あらかじめ本人の同意を得ず、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。			
								3. 個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡下さい。			
								FR健康保険組合 〒135-0063 東京都江東区有明1-6-7 TEL 03-6865-0005			
								1. We promote initiatives in accordance with our Privacy Policy (Basic Policy).			
								2. In cases that involve legal requirements, protection of life, status, or property, or when necessary for the improvement of public health, we may handle personal information beyond the scope of intended use without obtaining prior consent from the individual.			
								3. If you wish to inquire about or modify your personal information, please contact the office below:			

現況書 2/2

Notification of Present Situation

令和5年4月版
April 2023 Version

5.扶養申請者の年間収入(全ての項目を記入) 5. Annual income of dependent applicant (complete all items)			
※ 右の【算出方法】を参考に記入してください ※ 年額(年間収入)とは、申請後1年間の見込み額です *Please refer to the [Calculation Methods] on the right *Annual amount (annual income) refers to the estimated amount for one year after application			
①給与収入 Employment income	A	あり Yes なし No	年額 400. 000 円 Annual amount yen
②年金収入(厚生・国民・共済・障害・恩給・遺族年金など) Pension income (Employee, National, Mutual Aid, Disability, Retirement, Survivor's pension, etc.)	B	あり Yes なし No	年額 300. 000 円 Annual amount yen
③事業収入(個人で事業を行っている場合) Business income (for individual business owners)	C	あり Yes なし No	年額 円 Annual amount yen
④専従者給与所得(自営業者から受ける給与) Family business worker income (salary received from self-employed business owners)		あり Yes なし No	年額 円 Annual amount yen
⑤不動産収入 Real estate income		あり Yes なし No	年額 円 Annual amount yen
⑥雇用保険(失業給付)の基本手当 Employment insurance (unemployment benefit) basic allowance	D	あり Yes なし No	年額 円 Annual amount yen
⑦雑収入(利子収入・配当収入・原稿料・講演料金等) Miscellaneous income (interest income, dividend income, manuscript fees, speaking fees, etc.)		あり Yes なし No	年額 円 Annual amount yen
⑧他者からの援助(教育費・慰謝料など継続的に支払われているもの) Financial support from others (education expenses, alimony, or other continuing payments)		あり Yes なし No	年額 円 Annual amount yen
⑨その他生活費に充当する収入 Other income used for living expenses		あり Yes なし No	年額 円 Annual amount yen
合 計 Total			700. 000 円 yen

■健康保険の扶養に入れるための条件(①と②のいずれも満たすこと)

Eligibility Conditions for Health Insurance Dependent Status (Must satisfy both ① and ②)

①扶養家族の今後1年間の予定収入が130万円未満であること
※ 扶養家族が60歳以上のときは、180万円未満であること

②同居・別居による以下の条件にあてはまること
・同居のときは、扶養家族の年間予定収入が、本人の年間収入見込みの半分未満であること
・別居のときは、扶養家族の年間予定収入が、本人が扶養家族へ仕送りする金額より少ないこと

①The dependent family member's projected income for the next year must be less than 1.3 million yen
*When the dependent family member is 60 years or older, income must be less than 1.8 million yen

②The following conditions based on living arrangement must be met

When living together: The dependent family member's projected annual income must be less than half of the insured person's projected annual income

When living separately: The dependent family member's projected annual income must be less than the amount the insured person remits to the dependent family member

【年間収入の算出方法】Annual Income Calculation Methods

A: 給与収入 Employment Income

直近3ヶ月の給与の合計
Total of the most recent 3 months' 3

12ヶ月 + 賞与額(×支給回数)
12 months + Bonus amount (x number of payments)

※ 税控除前の総支給額。通勤定期代を含む。

*Based on gross amount before tax deductions, including commuting allowance

※ 専従者給与収入は、前年分の確定申告書にて申告額。

*For family business employee income, use the amount declared on the previous year's tax return

B: 年金・恩給 Pension/ Retirement Benefits

支給金額 × 1年に支給される回数

Payment amount × Number of payments received per year

※ 介護保険料控除前の金額

*Amount before long-term care insurance premium deduction

C: 自営業等 Self-Employment, etc.

前年分の確定申告の金額を使用します。

Based on the amount declared on the previous year's tax return

売上金額 - (売り上げ原価 + 経費※1)
Sales amount - (Cost of goods sold + Expenses *1)

※1 被扶養者認定における必要経費は、税法上の経費と判断が異なります。

*1 Necessary expenses for dependent recognition may differ from expenses under tax law.

【必要経費として認められない例】

Examples of expenses not recognized as necessary:

減価償却費、青色申告控除等の基礎控除

Depreciation, blue form tax return deductions or other basic deductions

接待交際費、給料、賃金等の人件費 など

Entertainment expenses, salaries, wages, and other personnel costs, etc.

それ以外の経費は事業内容等により判断します。

Other expenses will be evaluated based on business details

D: 雇用保険 Employment Insurance

基本手当日額 × 365日 Basic daily allowance x 365 days

※ 雇用保険受給中は原則扶養には入れません。

ただし、基本手当日額×365日<130万円の時は申請可能
(60歳以上の方は、基本手当日額×365日<180万円の時)

*In principle, you cannot be registered as a dependent while receiving employment insurance.

However, application is possible when: Basic daily allowance x 365 days < 1.3 million yen

(For those 60 years and older: Basic daily allowance x 365 days < 1.8 million yen)

※ 申請が可能な基本手当日額 *Eligible basic daily allowance amounts:

60歳未満…3,611円以下 Under 60 years old: 3,611 yen or less

60歳以上・障害者…4,999円以下 60 years and older/persons with disabilities: 4,999 yen or less

6.誓約書 Declaration

今回の申請内容に相違ありません。

尚、事実と相違した内容があった場合には、被扶養者としての認定を遡って取り消し、
保険給付の返還をすることに異存ありません。

I certify that the information provided in this application is accurate.

Furthermore, I understand that if any of the information is found to be inaccurate, the dependent status approval will be retroactively revoked, and I will return any insurance benefits received.

被保険者氏名
Insured Person's Name

John Smith