

# 扶養状況調書

MBK連合健康保険組合

今回申請する家族について平成 年 月 日現在の状況をお届けします。

## 認定対象者

氏名			
生年月日	昭・平 年 月 日生	年齢	歳

## 1. 認定対象者の状況 該当箇所をすべて記入してください。

●扶養することになった理由（具体的に詳しく記入して下さい。）

●現在の就労状況：パート/アルバイト 就労していない その他

●過去2年間の就労状況：正社員 パート/アルバイト 就労していない その他  
勤務していた会社名 (平成 年 月 日退職)

●加入している又は加入していた健康保険：  
国民健康保険 勤務先の健康保険 任意継続被保険者 家族の健康保険（被扶養者）  
その他（ ）

## ●認定対象者の家族構成 同別居を問わず認定対象者以外に収入のある家族（配偶者・兄弟・姉妹等）について記入して下さい。

氏名	続柄	年齢	職業	月収	同居・別居
				万円	同・別
				万円	同・別
				万円	同・別
				万円	同・別

## 2. 別居のとき 申請者が被保険者と同一世帯に属していない場合

●同居していない理由：単身赴任 通勤・通学による その他（ ）

●別居先では他に同居人はいますか：  
いない いる（その方が扶養しない理由）

【送金について】  
被保険者からの1ヶ月の平均仕送り額：毎月約 万円送金（年間約 万円送金）  
被保険者以外からの仕送り：ある約 万円 なし

《注意》  
★送金していない場合や、送金額が申請者の収入より少ない場合は認定できません。  
★振込額の控等の写しがなければ認定できません。

## 3. 収入状況

●雇用保険（失業保険）  
・受給しない又はできない  
加入期間不足 雇用保険未加入  
就労の意思がない その他 理由（ ）

・受給する又は受給した  
申請する予定（受給延長も含） 待機または給付制限期間中 受給終了  
日額： 円（一時金 円）  
受給期間：平成 年 月 日～平成 年 月 日

●出産手当金（受給中・受給終了・受給しない）  
出産（予定）日：平成 年 月 日 注）出産の翌日から数えて57日目認定日となります。  
日額： 円 受給期間：平成 年 月 日～平成 年 月 日

●傷病手当金（受給中・受給終了・受給しない）  
日額： 円 受給期間：平成 年 月 日～平成 年 月 日

●給与等収入 \*必ず有・無のどちらかに○を付けてください。

・給与収入（パート・アルバイト収入等）	有・無	月収	円
		年額	円①
・利子・配当収入	有・無	年額	円②
・不動産収入	有・無	年額	円③
●年金・恩給等収入			
・老齢基礎年金・厚生年金・退職年金	有・無	年額	円④
*65歳以上で年金収入がない方は理由を記入して下さい。 【理由】			
・障害年金・遺族年金	有・無	年額	円⑤
・厚生年金基金・個人年金等	有・無	年額	円⑥
・恩給	有・無	年額	円⑦
●生活保護（生活扶助、医療扶助など）	有・無	年額	円⑧
●その他（ ）	有・無	年額	円⑨
収入（①～⑨）合計			円

## 《誓約書》

今回被扶養者として申請する者の内容に虚偽がないことを申告いたします。  
また、扶養の基準を満たさなくなった場合には、速やかに減少の届出をいたします。

保険者記号・番号

被保険者氏名 印

認定対象者氏名 印