

扶 養 状 況 調 書

今回申請する家族について令和 5 年 4 月 1 日現在の状況をお届けします。

認定対象者 ◎該当箇所をすべて記入してください。

氏 名	健保 花子	
生 年 月 日	昭・平 45 年 4 月 20 日生	年齢 52 歳
配偶者の有無 ※認定対象者が配偶者の場合には記入不要	<input type="checkbox"/> 有 (その方が扶養しない理由:) <input checked="" type="checkbox"/> 無 (未婚・離婚・死別)	

1. 認定対象者の状況

●扶養することになった理由 (被保険者の資格取得、認定対象者の退職等、具体的に記入して下さい。)

仕事を辞めることになり、被保険者が主たる生計維持者となるため。

- 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 スーパー三井 (平・令 5 年 3 月 31 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

認定対象者からみた、被保険者以外で16歳以上の家族について記入して下さい。

例) 対象者が母の場合→父・被保険者の兄弟姉妹など / 対象者が別居の場合→対象者の同居人など

氏 名	続柄	年齢	職 業	月収	同居・別居
健保 一郎	長男	30	会社員	28 万円	同・別
健保 康子	長女	27	アルバイト	19 万円	同・別
				万円	同・別
				万円	同・別
				万円	同・別

2. 別居のとき 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 (対象者との関係:)
(その方が扶養しない理由)
- 被保険者からの1ヶ月の仕送り額: 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: なし ある 毎月 約 万円

注 意

- 同じ住居であっても住民票が別世帯の場合も仕送りが必要です。
- 下記の場合は認定できません。
 - ・毎月送金していない
 - ・毎月の送金額が認定対象者又は同居人の収入より少ない
 - ・振込明細の控や通帳の写し等で送金の事実確認ができない (手渡しは不可)

3. 収入状況

●雇用（失業）保険

- 受給申請予定（延長含む）（申請予定時期： R5 年 7 月頃 ）
- 待機又は給付制限期間中（受給開始日： _____ 年 _____ 月 _____ 日から）
- 受給している 日額： _____ 円
- 受給しない
- 加入期間不足 雇用保険未加入 就労の意思がない その他
（ _____ ）
- 受給終了

●出産手当金・傷病手当金・休業（補償）給付

- 無 有 日額： _____ 円
- 出産（予定）日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 注）出産の翌日から数えて 57 日目が認定日

注意 ○日額が 3,612 円 / (5,000 円 * 1) 以上の受給をしている間は扶養に入ることはできません。
○基準を超える金額の受給が開始した場合は速やかに扶養減少届を提出のこと。

●給与収入（パート・アルバイト収入等）

※交通費等含めた総支給額を記入

無 有

月収 _____ 円
年額 _____ 円①

●不動産・農業・事業収入（自営業等）

無 有

年額 _____ 円②

●年金収入 *該当する年金に○をつけてください。

・（老齢・厚生・共済・障害・遺族・寡婦）年金

※労災保険含む ※税金等控除前の金額を記入

無 有

年額 _____ 円③

※65 歳以上で年金収入がない理由： _____

・厚生年金基金・企業年金・個人（私的）年金

無 有

年額 _____ 円④

●生活保護（生活扶助、医療扶助など）

無 有

年額 _____ 円⑤

●その他（ _____ ）

例）利子・配当・株式等の運用収入

被保険者以外からの生活援助 等詳細に _____

無 有

月収 _____ 円
年額 _____ 円⑥

収入（①～⑥）合計 _____ 円

注意

- ①～⑥の収入については現在、もしくは今後 1 年間の収入の見通しを記入してください。
- 対象者の収入が、 年収 130 万円 / 月収 108,334 円（年収 180 万円 / 月収 150,000 円 * 1）未
 満であること。（年収は 1～12 月の合計額ではありません。）
- かつ、対象者の年収が被保険者の年収の 1/2 未満であること。（*1）60 歳以上又は年金受給者

《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。事実と相違していたことが判明した際には資格の取消又は喪失となることを了承し、その期間中の医療費等を返納します。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。

被保険者等記号・番号(1 2 3) - (4 5 6)

被 保 険 者 氏 名 健保 太郎

印

(被保険者自ら署名の場合は押印不要)

※認定基準や必要な添付書類について HP にもご案内しておりますのでご確認ください。

扶 養 状 況 調 書

今回申請する家族について令和 2 年 3 月 4 日現在の状況をお届けします。

認定対象者 ◎該当箇所をすべて記入してください。

氏 名	健保 花代	
生 年 月 日	昭・平 29 年 4 月 20 日生	年齢 65 歳
配偶者の有無 ※認定対象者が配偶者の場合には記入不要	<input type="checkbox"/> 有（その方が扶養しない理由：） <input checked="" type="checkbox"/> 無（未婚・離婚・死別）	

1. 認定対象者の状況

●扶養することになった理由（被保険者の資格取得、認定対象者の退職等、具体的に記入して下さい。）

配偶者が死亡となり、被保険者が主たる生計維持者となったため。

- 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・令 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

認定対象者からみた、被保険者以外で16歳以上の家族について記入して下さい。

例) 対象者が母の場合→父・被保険者の兄弟姉妹など / 対象者が別居の場合→対象者の同居人など

氏 名	続柄	年齢	職 業	月収	同居・別居
健保 二郎	二男	32	会社員	30 万円	同・別
健保 三子	長女	35	専業主婦	0 万円	同・別
				万円	同・別
				万円	同・別
				万円	同・別

2. 別居のとき 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（対象者との関係：）
（その方が扶養しない理由）
- 被保険者からの1ヶ月の仕送り額：毎月約 10 万円送金（年間約 120 万円送金）
- 被保険者以外からの仕送り： なし ある 毎月約 万円

注 意

- 同じ住居であっても住民票が別世帯の場合も仕送りが必要です。
- 下記の場合は認定できません。
 - ・毎月送金していない
 - ・毎月の送金額が認定対象者又は同居人の収入より少ない
 - ・振込明細の控や通帳の写し等で送金の事実確認ができない（手渡しは不可）

3. 収入状況

●雇用（失業）保険

- 受給申請予定（延長含む）（申請予定時期：____年____月頃）
- 待機又は給付制限期間中（受給開始日：____年____月____日から）
- 受給している 日額：_____円
- 受給しない
- 加入期間不足 雇用保険未加入 就労の意思がない その他（働いていないため）
- 受給終了

●出産手当金・傷病手当金・休業（補償）給付

- 無 有 日額：_____円
- 出産（予定）日： 令____年____月____日 注）出産の翌日から数えて57日目が認定日

注意 ○日額が3,612円／（5,000円*1）以上の受給をしている間は扶養に入ることはできません。
○基準を超える金額の受給が開始した場合は速やかに扶養減少届を提出のこと。

●給与収入（パート・アルバイト収入等）

※交通費等を含めた総支給額を記入

無 有

月収 _____円
年額 _____円①

●不動産・農業・事業収入（自営業等）

無 有

年額 _____円②

●年金収入 *該当する年金に○をつけてください。

・（**老齢**）厚生・共済・障害・遺族・寡婦）年金

※労災保険含む ※税金等控除前の金額を記入

無 有

年額 **600,000** 円③

※65歳以上で年金収入がない理由：_____

・厚生年金基金・企業年金・個人（私的）年金

無 有

年額 _____円④

●生活保護（生活扶助、医療扶助など）

無 有

年額 _____円⑤

●その他（_____）

例）利子・配当・株式等の運用収入

被保険者以外からの生活援助 等詳細に_____

無 有

月収 _____円
年額 _____円⑥

収入（①～⑥）合計 **600,000** 円

注意 ○①～⑥の収入については現在、もしくは今後1年間の収入の見通しを記入してください。
○対象者の収入が、年収130万円／月収108,334円（年収180万円／月収150,000円*1）未満であること。（年収は1～12月の合計額ではありません。）
かつ、対象者の年収が被保険者の年収の1/2未満であること。（*1）60歳以上又は年金受給者

《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。事実と相違していたことが判明した際には資格の取消又は喪失となることを了承し、その期間中の医療費等を返納します。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。

被保険者等記号・番号(**1 2 3**) - (**4 5 6**)

被 保 険 者 氏 名 **健保 太郎**

印

(被保険者自ら署名の場合は押印不要)

※認定基準や必要な添付書類についてHPにもご案内しておりますのでご確認ください。