

扶養関係現況書

※扶養認定に基づく重要な書類ですので、次ページも正確にご記入ください。

被保険者証の記号 - 番号	被保険者氏名
—	

申請する被扶養者氏名	生年月日	被保険者との続柄	年齢	申請時の職業
	昭・平・令・() 年 月 日		歳	

今回の申請理由(この1年間で該当する項目にチェックをつけてください。複数回答可)

被保険者の異動 (入社・転入・再雇用・任意継続申請)に伴う
 退職 [令和・() 年 月 日]
 任意継続資格喪失 [令和・() 年 月 日]
 婚姻 [令和・() 年 月 日]
 収入減少 [令和・() 年 月 日]
 雇用保険受給終了 [令和・() 年 月 日]
 その他 [令和・() 年 月 日]

理由:[]

申請前(直近)に加入していた(している)健康保険(名称を記入し、該当する項目を○で囲んでください。)

健康保険について→名称()・健保組合・共済組合・
 全国健康保険協会・国民健康保険・未加入・その他()

任意継続保険について→ 加入していない 加入中(満了日 年 月 日)

過去1年間で就職をしていた(している)場合[パート・アルバイト含む、直近の状況]

勤務先名称	所在地
雇用形態	正社員・契約社員・派遣社員・パート・アルバイト・その他()
在職期間	昭・平・令・() 年 月 日～ 令・() 年 月 日(年 ヶ月) 退職・在職中
加入していた(している)健康保険	名称()・健保組合・共済組合・ 全国健康保険協会・国民健康保険・その他()
雇用保険受給状況	受給終了(年 月 日まで日額 円) <input type="checkbox"/> 受給予定あり→申請(予定)日(年 月 日)→待機満了日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 受給期間延長→延長理由:():出産予定日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 受給予定なし→受給しない・未加入・加入期間不足・その他()

※失業給付金として基本手当等の給付日額が3,612円以上(60歳以上等は、5,000円以上)の場合は、原則として受給期間中は被扶養者になることができません。未加入の方は、給与明細書のコピーを添付してください。

今回申請する被扶養者が妻(夫)以外の場合、配偶者の有無・状況(該当する項目にチェックをつけ、金額・日付等を記入してください。)

配偶者あり → 年収:[円]
 配偶者なし → 未婚・死去・離婚 [昭・平・令・() 年 月 日]
 その他[理由:]
 配偶者の職歴について → 職歴:[]

収入の状況(該当する項目にチェックをつけ、「あり」の場合は金額等を記入してください。)

①年金受給の有無について(受給している場合は、直近の年金振込通知書の写しを提出してください。)

□あり	会社等を退職した方	老齢厚生年金(厚生年金)	□なし	□あり	年額	円
		厚生年金基金(企業年金)			年額	円
	自営業等の方(60歳以上の方)	老齢基礎年金(国民年金)	□なし	□あり	年額	円
	軍人、公務員等であった方又は遺族	恩給	□なし	□あり	年額	円
	農業者年金に加入していた方	農業者年金	□なし	□あり	年額	円
	配偶者の亡くなっている方	遺族厚生・基礎年金	□なし	□あり	年額	円
	障害をお持ちの方	障害厚生・基礎年金	□なし	□あり	年額	円
その他あれば	名称:()			年額	円	

□なし	年金がない理由(該当する項目を○で囲んでください。 <input type="checkbox"/> 受給年齢に達していない→・現在は受給していないが()歳から受給予定・加入期間不足 <input type="checkbox"/> 亡き配偶者が自営業者、農業者等であった→・加入期間不足・その他:()
-----	---

②年金以外の収入の有無について(ある場合は、該当する項目を○で囲み、収入が確認できる書類を提出してください。)

□あり	自営・農業・漁業・林業・不動産所得・利子配当所得・ パート、アルバイト収入 失業給付金・退職金・傷病手当金・ 労災保険の給付・その他()	該当する項目を ○で囲んでください。 日額・月額・年額 円
-----	---	--

□なし	
-----	--

年間収入合計額 円

申請する被扶養者が別居の場合

現住所							
住居区分	持家・借家・賃貸・その他()						
同居者	□なし □あり	氏名		続柄		年齢	
		氏名		続柄		年齢	
		氏名		続柄		年齢	
		氏名		続柄		年齢	
被保険者からの援助額	年 月 月まで	年 月 月	※援助額送金先等の確認の為、送金控え又は、受取人の受取通帳の写し(6ヵ月分)が必要です。				
	月平均 円	月平均 円					
被保険者以外からの援助の有無	□なし □あり	氏名		月平均援助額			円
		氏名		月平均援助額			円
		氏名		月平均援助額			円
		氏名		月平均援助額			円

扶養に関する申立書

上記の申告に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、医療費、保険給付費等、返還することに異存ありません。

令和・() 年 月 日 被保険者氏名 _____