

# 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。

被保険者等の記号 - 番号	被保険者氏名
—	

**(注意) ↓ ↓ ここから先は、被扶養者認定を受けたい方についてご記入ください。**

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	

① 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: [ ]

② 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)

③ 過去1年間の職歴の有無について該当する項目にチェックをつけてください。  有 → ④へ  無 → ⑤へ

④ 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]※複数の場合は、続紙をご利用ください。

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※1・加入期間不足・その他( ) ※1:未加入の方は、給与明細書のコピーを添付してください。

※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。

⑤ 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:[ ]

⑥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。)

⑥-a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。)  
 □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  
 □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:( )

⑥-b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

⑦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 月まで	年 月から	※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)が必要となります。				
	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。

(注意) ↓ こちらは被保険者氏名

令和・( ) 年 月 日 被保険者氏名 \_\_\_\_\_