

記入日 ○ ○ 年 ○ 月 ○ 日

## 被扶養者状況届

被保険者	記号	2	氏名	健保 太郎	所属会社	(株)コスモスイニシア
	番号	1111				

扶養認定対象者	氏名	健保 花子	生年月日				満年齢	続柄
			昭平(令)	○	年	○	月	○

●以下①から⑦まで正確にご記入ください(⑥⑦は該当する方のみ)

### ①扶養認定対象者の今までの健康保険について(該当する符号に○をつけてください。)

a. 健康保険(勤務していた会社の健康保険)の被保険者: 健保名称( )
b. 任意継続被保険者(勤務していた会社を退職したあとの健康保険)
c. 国民健康保険
d. 家族の健康保険の被扶養者: 家族の続柄 夫・妻・父・母・その他( )
e. 無保険( 月以上健康保険未加入)
<input checked="" type="radio"/> f. その他( なし )

※「b」「c」の方は、今回被扶養者申請をすることになった経緯の詳細を、②の「h」に必ず記入してください。

### ②扶養申請する理由 ~ 扶養を必要とする理由について記入してください(複数回答可)

a. あなた(被保険者)が入社したため(以前の健康保険でも被扶養者だった)
b. あなたと扶養認定対象者が結婚したため
c. あなたと配偶者が離婚 / 離婚予定 / 死別したため ⇒扶養認定対象者が子の場合は、⑦を必ず記入してください。
d. あなたと扶養認定対象者が同居したため
e. 扶養認定対象者が会社(パート・アルバイト等を含む)を退職したため (退職年月日: 年 月 日) ⇒④の該当する部分を必ず記入してください。
f. 扶養認定対象者が失業給付の受給を終了したため(受給終了年月日: 年 月 日)
g. 扶養認定対象者が自営業等をやめたため(廃業年月日: 年 月 日)
<input checked="" type="radio"/> h. その他(理由を詳しく記入してください) 出生のため

### ③扶養認定対象者の家族について

扶養認定対象者の家族全員についてご記入ください。続柄は扶養認定対象者から見た続柄です。

氏名	続柄	年齢	職業	同居・別居	月収
健保 太郎	父	〇〇歳	会社員	<input checked="" type="radio"/> 同居・別居	40万 円
健保 愛子	母	〇〇歳	会社員	<input checked="" type="radio"/> 同居・別居	20万 円
健保 一郎	兄	〇歳	なし	<input checked="" type="radio"/> 同居・別居	0 円
				同居・別居	円
				同居・別居	円

⇒次頁あり

1/2頁

④扶養認定対象者の現在の収入状況について(該当する項目を全て記入してください。)

給与収入(アルバイト・パート等含)	<input checked="" type="radio"/> ない <input type="radio"/> ある	月額	円	年額	円
事業所得	<input checked="" type="radio"/> ない <input type="radio"/> ある	年額	円		
		→ある場合 業種( )			
退職金 (会社退職の事由による扶養申請の場合は必ずご記入ください。) (過去1年以内に退職金を受け取っている場合もご記入ください。)	<input checked="" type="radio"/> ない <input type="radio"/> ある	金額	円		
失業給付の受給予定	<input checked="" type="radio"/> ない <input type="radio"/> ある	日額	円	×360	円
a. 受給中(終了予定 年 月 日)日額欄に金額を記入してください。 b. 待期・給付制限期間中(基本日額 円・受給開始 年 月から 日間受給予定) c. 今後申請予定( 年 月頃) d. 受給期間延長申請予定(延長理由: ) (延長期間: 年 月迄) e. 受給資格なし f. 受給しない(理由 )					
【注意】失業給付が日額3,612円(60歳以上の方・障害者の方は5,000円)以上の場合、受給期間中は被扶養者として認定できません。受給開始後は速やかに資格削除の手続きをしてください。手続きをしていない場合、受給対象日初日に遡って資格削除を行います。					
傷病手当金・出産手当金等	<input checked="" type="radio"/> ない <input type="radio"/> ある	日額	円	×360	円
利子・配当・家賃収入等	<input checked="" type="radio"/> ない <input type="radio"/> ある	年額	円		
株式売却益(継続して取引している場合)	<input checked="" type="radio"/> ない <input type="radio"/> ある	所得金額	円		
年金・恩給	<input checked="" type="radio"/> ない <input type="radio"/> ある	隔月額	円	×6	円
年金の種類に○をしてください 老齢/遺族/障害/恩給/企業年金/その他( )					
a. 受給中 年金は2カ月分を1回で支給されますので、隔月額欄に1回分の金額を記入してください。 b. 請求中( 歳から受給) c. 当面受給予定なし d. 受給しない(理由 )					
その他( )			円	×	円
1年間の収入の合計(年収換算分の全ての合計額)					0 円

⑤扶養認定対象者の生活費について

<input checked="" type="radio"/> a. あなた(被保険者)が全面的に負担
<input type="radio"/> b. 本人の収入とあなた(被保険者)が一部負担
<input type="radio"/> c. あなた(被保険者)及び他の方が一部負担
<input type="radio"/> d. 本人の収入とあなた(被保険者)及び他の方が一部負担
cまたはdの内訳(それぞれの負担額を記入してください)
あなた(被保険者) 月額 円
氏名 扶養認定対象者との続柄( ) 月額 円
氏名 扶養認定対象者との続柄( ) 月額 円
氏名 扶養認定対象者との続柄( ) 月額 円

⑥あなたと扶養認定対象者が別居している場合について ※同居の場合は記入不要です

別居先の世帯主	a. 扶養認定対象者本人 b. その他(氏名: 続柄 )
扶養認定対象者への仕送り	仕送りしていない・仕送りしている(月額 円)

⑦扶養認定対象者(子供)の父または母とあなた(被保険者)が離婚・離婚予定・死別等している場合について

続柄は扶養認定対象者から見た続柄です。

氏名	続柄	年齢	職業	月額(円)※	現在の状況
	父・母			有・無 円	離婚・離婚予定・死別 年 月 日

※月額欄は、扶養したい子供への父または母からの援助(養育費等継続的なもの)をご記入ください。

上記の通り申請します。  
また、貴組合が被扶養者を認定するに際し、第三者機関に必要な情報の照会をとることに同意します。

受付日付印

被保険者氏名 **健保 太郎**