

健康保険 家族状況報告書 [ 父母・その他 ]

届出日 年 月 日

※申請内容が事実と相違していた場合には、遡って扶養を取り消すとともに、その期間中の医療費を返還していただきます。

|               |   |             |  |
|---------------|---|-------------|--|
| 健康保険<br>記号-番号 | — | 被保険者<br>氏 名 |  |
|---------------|---|-------------|--|

1.申請する家族

|             |       |     |       |        |      |                   |
|-------------|-------|-----|-------|--------|------|-------------------|
| フリガナ<br>氏 名 | ..... | 続 柄 | ..... | 男<br>女 | 生年月日 | S<br>H<br>R 年 月 日 |
|-------------|-------|-----|-------|--------|------|-------------------|

① 申請する理由

|                                                                                                                                                               |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> 被保険者の入社 <input type="checkbox"/> 離職・廃業 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 同居開始 <input type="checkbox"/> 雇用保険の受給終了 | 事由発生日 |
| <input type="checkbox"/> 任継被保険者の資格喪失 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                         | 年 月 日 |

② 現在加入している健康保険

|                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 勤務先の健康保険組合 <input type="checkbox"/> 勤務先の共済組合 |
| <input type="checkbox"/> 当健保組合以外の健保組合の被扶養者(被保険者氏名 続柄 )                                                                             |
| <input type="checkbox"/> 任意継続に加入(資格喪失日: 年 月 日)                                                                                     |

2.申請する家族の現在の収入・状況(詳細を記入)

| 項 目 チェック / 詳 細 な 状 況                                                                                                                                                                                                                        | 収 入       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| ① 給与収入はありますか?                                                                                                                                                                                                                               | 交通費を含めた月額 |
| <input type="checkbox"/> はい → 勤務先会社名: 勤務開始日: 年 月 日                                                                                                                                                                                          | 円/月       |
| ② 退職(廃業)していますか?                                                                                                                                                                                                                             | 退職した年の年収  |
| <input type="checkbox"/> はい → 退職(廃業)先会社名: 退職(廃業)日: 年 月 日                                                                                                                                                                                    | 円/年       |
| <input type="checkbox"/> いいえ (1) 雇用保険を受給していますか?                                                                                                                                                                                             | 失業給付日額    |
| <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 受給終了 <input type="checkbox"/> 受給資格なし、受給しない                                                                                                                                            |           |
| <input type="checkbox"/> 受給申請中・受給申請予定(受給開始予定日: 年 月 日)                                                                                                                                                                                       | 円/日       |
| (2) 手当金を受給していますか?                                                                                                                                                                                                                           | 手当金日額     |
| <input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> 受給資格なし、受給しない                                                                                                                                         |           |
| <input type="checkbox"/> 受給申請中・受給申請予定(受給開始予定日: 年 月 日)                                                                                                                                                                                       | 円/日       |
| ③ 年金収入はありますか?                                                                                                                                                                                                                               | 年金収入合計    |
| <input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 基礎年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 企業年金                           |           |
| <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 私的年金 <input type="checkbox"/> その他( )                                                                                                                                                  |           |
| <input type="checkbox"/> 受給申請中・受給申請予定(受給開始予定日: 年 月 日)                                                                                                                                                                                       | 円/年       |
| ④ 個人収入はありますか?                                                                                                                                                                                                                               | 収入金額合計    |
| <input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 営業(屋号: ) <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 不動産 <input type="checkbox"/> 株 <input type="checkbox"/> 利子・配当                                                          |           |
| <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 開業予定日: 年 月 日 <input type="checkbox"/> その他( )                                                                                                                                          | 円/年       |
| ⑤ 学生ですか?                                                                                                                                                                                                                                    |           |
| <input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 大学院 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 専門学校 <input type="checkbox"/> 予備校 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 義務教育 <input type="checkbox"/> その他( ) |           |
| <input type="checkbox"/> いいえ 卒業予定年月日: 年 月 日                                                                                                                                                                                                 |           |
| ⑥ 障害者手帳はありますか?                                                                                                                                                                                                                              |           |
| <input type="checkbox"/> はい → 手帳の種類: 障害の等級: 級 有効期限: 年 月 日                                                                                                                                                                                   |           |
| <input type="checkbox"/> いいえ 障害年金を受給していますか? <input type="checkbox"/> はい( 円/月 ) <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                 |           |
| ⑦ 被保険者と別居をしていますか?(住民票を世帯分離されている場合は別居扱いとなります)                                                                                                                                                                                                |           |
| <input type="checkbox"/> はい → 裏面の生計状況欄に送金額等をご記入ください。                                                                                                                                                                                        |           |
| <input type="checkbox"/> いいえ 同居扱い <input type="checkbox"/> 介護・障害施設入所(施設名: )                                                                                                                                                                 |           |

裏面もご確認のうえ、ご記入ください

〈世帯の生活状況確認〉

被扶養者は、被保険者の収入によって生計を維持していることが必要と定められています。被保険者により生計が維持されていることを確認するため、世帯の状況について、詳細にご記入ください。

家族の状況（同別居にかかわらず、申請する家族の配偶者・子について記入）

| 氏 名 | 申請する家族との続柄 | 年 齢 | 職 業 | 年 収(円)  | 同別居                                                     |
|-----|------------|-----|-----|---------|---------------------------------------------------------|
|     |            |     |     | _____万円 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 |
|     |            |     |     | _____万円 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 |
|     |            |     |     | _____万円 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 |
|     |            |     |     | _____万円 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 |
|     |            |     |     | _____万円 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 |

上記の方が申請する家族を扶養できない理由

申請する家族に配偶者がいない場合はその理由

☐ 未婚 ☐ 死別 ☐ 離別 ☐ その他( \_\_\_\_\_ ) 該当日：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

※記入した家族全員分の、以下いずれかの書類をご提出ください（未就学児・学生は不要）

提出書類

- 源泉徴収票〔コピー〕
- 確定申告書(控) 第一表・第二表〔コピー〕と収支内訳書〔コピー〕または 青色決算書〔コピー〕
- 所得証明書〔原本〕

生計状況（世帯の状況を記入）

被保険者と申請する家族が同居していますか？（住民票を世帯分離されている場合は別居扱いとなります）

☐ はい

被保険者と申請する家族が **同居** の場合は以下をご記入ください

☐ いいえ

同居している家族が負担している1カ月あたりの生活費を記入

| 同居している家族        | 被保険者<br>本 人 | 申請する家族     | 氏名         | 氏名         |
|-----------------|-------------|------------|------------|------------|
| 内 訳 (月額)        |             | (続柄 _____) | (続柄 _____) | (続柄 _____) |
| 住居関係(家賃・税金など)   | 円           | 円          | 円          | 円          |
| 光熱費(電気・ガス・水道など) | 円           | 円          | 円          | 円          |
| 食費(飲食費)         | 円           | 円          | 円          | 円          |
| その他(上記以外すべて)    | 円           | 円          | 円          | 円          |
| 小 計             | <b>A</b> 円  | <b>B</b> 円 | <b>C</b> 円 | <b>D</b> 円 |

別居家族からの援助がある場合

援助額 1 カ月あたり **E** \_\_\_\_\_ 円

合 計 ( **A** + **B** + **C** + **D** + **E** ) \_\_\_\_\_ 円

世帯全体で1カ月あたり \_\_\_\_\_ 円

※被保険者が生活費を負担していることが確認できる書類として、以下いずれかの書類をご提出ください。

提出書類

支払者名義(被保険者名のもの)と  
支 払 額 が 確 認 で き る {

- 賃貸契約書 + 通帳コピー
- 住宅ローン返済予定表
- 公共料金領収書

被保険者と申請する家族が **別居** の場合は以下をご記入ください

被保険者からの送金額1カ月あたり \_\_\_\_\_ 円 送金開始日：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

※振込明細〔コピー〕・通帳〔コピー〕等の送金証拠書類で確認します。

※状況により、追加で別途確認書類をいただく場合もありますので、ご了承ください。

|           |        |    |     |   |
|-----------|--------|----|-----|---|
| 健 保 記 入 欄 | 標準報酬月額 | 千円 | 賞与額 | 円 |
|-----------|--------|----|-----|---|