

UACJ 健康保険組合

健康保険 家族状況報告書 [配偶者・子]

届出日 令和7年 4月 1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 記号-番号	100 — 99999	被保険者 氏 名	健保 太郎	単 身 赴 任	単身赴任の方は ☒ チェック
---------------	-------------	-------------	-------	------------	--

1.申請する家族						
フリガナ 氏 名	ケンポ ハナコ 健保 花子	続 柄	妻	男 女	生年月日	S H R 8 年 8 月 8 日
① 申請する理由						
☐ 被保険者の入社 ☐ 出生 ☐ 婚姻 ☐ 離職・廃業 ☒ 収入減		事由発生日 令和7年 4月 1日				
☐ 雇用保険の受給終了 ☐ その他 ()						
② 現在加入している健康保険						
☐ 未加入 ☐ 国民健康保険 ☒ 勤務先の健康保険組合 ☐ 勤務先の共済組合						
☐ 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)						
☐ 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) ※出生の場合は記入不要						
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				
☒ はい → 勤務先会社名: 株式会社ケンコー		8 万 円/月				
☐ いいえ 勤務開始日: 平成13年 4月 1日						
② 退職(廃業)していますか?		退職した年の年収				
☐ はい → 退職(廃業)先会社名: 退職(廃業)日: 年 月 日		円/年				
☒ いいえ						
(1) 雇用保険を受給していますか?		失業給付日額				
☐ 受給中 ☐ 受給終了 ☐ 受給資格なし、受給しない						
☐ 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				
☐ 出産手当金 ☐ 傷病手当金 ☐ 受給資格なし、受給しない						
☐ 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				
☐ はい → ☐ 基礎年金 ☐ 厚生年金 ☐ 遺族年金 ☐ 障害年金 ☐ 共済年金 ☐ 企業年金						
☒ いいえ ☐ 私的年金 ☐ その他 ()						
☐ 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				
☒ はい → ☐ 営業(屋号:) ☐ 農業 ☐ 不動産 ☒ 株 ☐ 利子・配当		10 万 円/年				
☐ いいえ 開業予定日: 年 月 日 ☐ その他 ()						
⑤ 学生ですか?						
☐ はい → ☐ 大学院 ☐ 大学 ☐ 専門学校 ☐ 予備校 ☐ 高校 ☐ 義務教育 ☐ その他 ()						
☒ 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?						
☒ はい → 手帳の種類: 身体障害者手帳 障害の等級: 3 級 有効期限: 20xx 年 0 月 0 日						
☐ いいえ 障害年金を受給していますか? ☐ はい (円/月) ☒ いいえ						
⑦ 被保険者と別居をしていますか?(単身赴任(会社都合)による配偶者・子との別居や、子が学生等による別居を除く)						
☐ はい → 被保険者からの送金額 (円/月)						
☒ いいえ 同居扱い ☐ 介護・障害施設入所(施設名:)						

複数個所から収入がある場合は全て記入

夫婦共同扶養確認（子を扶養申請する場合）

子の扶養申請の場合は、夫婦の今後1年間の収入を見込んで多い方の被扶養者になるため、被保険者の配偶者の方についてご記入が必要となります。

下記①の該当項目に ☒ チェックを記入し、回答が必要な場合は②にお答えください。

■ 夫婦共同扶養の場合における被扶養者の認定について：厚生労働省保険局保険課長通知（保保発0430第2号）

年間収入の考え方：過去の収入、現時点の収入、将来の収入等から今後1年間の収入を見込んだもの

夫婦の年間収入の差額：夫婦間の年間収入の差額が1割以内の場合、生計維持の中心的役割を担っている者の被扶養者とする

1 配偶者の有無・加入中の健康保険の確認

該当する項目に必ず ☒ チェックを記入してください。

被保険者に配偶者はいますか？（現在、結婚している場合は ☒ はい にチェック）

☐ いいえ …… 回答終了です。

☒ はい 下記に配偶者についてご記入のうえ、必要書類をご提出ください。

配偶者の氏名（漢字）		
配偶者はUACJ健康保険組合に加入していますか？（申請中も含む）	はい	配偶者の健康保険の記号・番号
いいえ		記号
		番号
配偶者がUACJ健康保険組合に加入している場合は、配偶者の健康保険の記号・番号を記入してください。		

裏面について

- ・ 配偶者の場合は記入不要
- ・ 子は記入（記入例〈子〉参照）

必要書類をご確認ください。

2 収入状況についての確認

年間収入	被保険者	円
被保険者		
当組合新規加入ですか？		
☐ はい	取得日：_____年_____月_____日	
☐ いいえ		
産休・育休中またはその予定はありますか？		
☐ はい	出産日（又は予定日）：_____年_____月_____日	
☐ いいえ	仕事復帰予定日：_____年_____月_____日	
配偶者		
産休・育休中またはその予定はありますか？		
☐ はい	出産日（又は予定日）：_____年_____月_____日	
☐ いいえ	仕事復帰予定日：_____年_____月_____日	
該当する項目に ☒ チェックし、必要書類をご提出ください。		
提出書類	☐ 給与所得者：源泉徴収票〔コピー〕 ☐ 自営業：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 青色申告決算書〔コピー〕 ☐ その他：所得証明書〔原本〕 雇用保険失業給付、傷病手当金、出産手当金、育児休業給付金等を受給している場合は、年間収入が確認できる書類〔コピー〕	
今後1年の予定を記入してください		

※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。