

## 健康保険 家族状況報告書 [ 配偶者・子 ]

届出日 令和7年 9月 20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 | 100 — 99999 | 被保険者<br>氏 名 | 健保 太郎 | 単 身<br>赴 任 | 単身赴任の方は <input checked="" type="checkbox"/> チェック |
|---------------|-------------|-------------|-------|------------|--------------------------------------------------|

## 1. 申請する家族

|      |         |     |                                                               |      |                          |
|------|---------|-----|---------------------------------------------------------------|------|--------------------------|
| フリガナ | ケンポ ミナト | 続 柄 | 長男 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 | 生年月日 | S<br>H<br>R 7 年 9 月 15 日 |
| 氏 名  | 健保 湊    |     |                                                               |      |                          |

## ① 申請する理由

|                                    |                                        |                             |                                |                              |             |
|------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|------------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> 被保険者の入社   | <input checked="" type="checkbox"/> 出生 | <input type="checkbox"/> 婚姻 | <input type="checkbox"/> 離職・廃業 | <input type="checkbox"/> 収入減 | 事由発生日       |
| <input type="checkbox"/> 雇用保険の受給終了 | <input type="checkbox"/> その他 ( )       |                             |                                |                              | 令和7年 9月 15日 |

## ② 現在加入している健康保険

|                                                      |                                 |                                     |                                   |
|------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input checked="" 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) ※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 |
| <input type="checkbox"/> はい → 勤務先会<br><input type="checkbox"/> いいえ 勤務開                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 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)<br><input type="checkbox"/> いいえ (1) 雇用保                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 日 円/年     |
| <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<br><input type="checkbox"/> 受給申請中・受給申請予定 (受給開始予定日: 年 月 日)                                                                                                                                                                                                                 | 失業給付日額    |
| (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<br><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<br><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 私的年金 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br><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<br><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 ( )<br><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<br><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? (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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |
| <input type="checkbox"/> はい → 被保険者からの送金額 (円/月)<br><input type="checkbox"/> いいえ 同居扱い <input type="checkbox"/> 介護・障害施設入所(施設名: )                                                                                                                                                                                                                                              |           |

子の申請の場合は、裏面もご確認のうえ、ご記入ください(出生の場合も記入)

## 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)                       | 健保 花子                         |                |          |
| 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 | 記号<br>番号 |
| いいえ                              | 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 |                |          |

UACJ健康保険組合に加入されていない場合は「いいえ」として下記を記入

## 2 収入状況についての確認

年間収入と、該当する項目に ☒ チェックを記入し、必要書類をご確認ください。

|                                                                    |                                                                             |      |   |     |      |   |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------|---|-----|------|---|
| 年間収入                                                               | 被保険者                                                                        | 700万 | 円 | 配偶者 | 300万 | 円 |
| 被保険者                                                               |                                                                             |      |   |     |      |   |
| 当組合新規加入ですか？                                                        |                                                                             |      |   |     |      |   |
| <input type="checkbox"/> はい → 取得日：_____年_____月_____日               |                                                                             |      |   |     |      |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> いいえ                            |                                                                             |      |   |     |      |   |
| 産休・育休中またはその予定はありますか？                                               |                                                                             |      |   |     |      |   |
| <input type="checkbox"/> はい → 出産日(又は予定日)：_____年_____月_____日        |                                                                             |      |   |     |      |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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？                                               |                                                                             |      |   |     |      |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> はい → 出産日(又は予定日)：令和7年9月15日      |                                                                             |      |   |     |      |   |
| <input type="checkbox"/> いいえ 仕事復帰予定日：_____年_____月_____日            |                                                                             |      |   |     |      |   |
| 該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> チェックし、必要書類をご提出ください。    |                                                                             |      |   |     |      |   |
| 提出書類                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> 給与所得者：源泉徴収票[コピー]                        |      |   |     |      |   |
|                                                                    | <input type="checkbox"/> 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] |      |   |     |      |   |
|                                                                    | <input type="checkbox"/> 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                                                   | 出産のため、令和7年8月より産休中、令和9年3月復職予定。                                               |      |   |     |      |   |

配偶者の直近年度の書類を提出

※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。