

健康保険 家族状況報告書 [配偶者・子]

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 記号-番号	—	被保険者 氏 名		単 身 赴 任	単身赴任の方は 必ず チェック ☐
---------------	---	-------------	--	------------	--

1.申請する家族

フリガナ 氏 名		続 柄		男 女		生年月日	S H R 年 月 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
☐ 雇用保険の受給終了	☐ その他 (.....)				年 月 日

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:.....	円/月
☐ いいえ 勤務開始日:.....年.....月.....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	円/日
☐ 受給申請中・受給申請予定(受給開始予定日:.....年.....月.....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	円/日
☐ 受給申請中・受給申請予定(受給開始予定日:.....年.....月.....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	円/年
☐ 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)	
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	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:.....障害の等級:.....級 有効期限:.....年.....月.....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:.....)	

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)

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

いいえ

配偶者の健康保険
の記号・番号

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。

※ ②の回答および提出書類は不要です。

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

円

配偶者

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。

健保記入欄

標準報酬月額

千円

賞与額

円