

# 被扶養者状況調査書

| 被保険者 | 被保険者証<br>記号 | 被保険者証<br>番号 | 社員番号 | 氏名 |
|------|-------------|-------------|------|----|
|      |             |             |      |    |

以下は、被扶養者として申請する方について記入してください。

| 申請対象者氏名                      |   | 続柄  | 生年月日  |       |                            | 年齢                                | 職業・学年                 | 住所                    |    | 世帯   |   |       |
|------------------------------|---|---|---|-------|----------------------------|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------|----|--|---|-------|
|                              |   | 昭平令   | 年   | 月     | 日                          | 歳                                 |                       |                       |    | <input type="checkbox"/> 同居<br><input type="checkbox"/> 別居 |   |       |
| 申請理由                         | <input type="checkbox"/> 被保険者入社         | 平・令   | 年   | 月     | 日                          | <input type="checkbox"/> 雇用保険受給終了 |                       | 平・令                   | 年  | 月  | 日 |       |
|                              | <input type="checkbox"/> 結婚             | 平・令   | 年   | 月     | 日                          | <input type="checkbox"/> 自営廃業     |                       | 平・令                   | 年  | 月  | 日 |       |
|                              | <input type="checkbox"/> 退職             | 平・令   | 年   | 月     | 日                          | <input type="checkbox"/> その他 ( )  |                       | 平・令                   | 年  | 月  | 日 |       |
|                              | <input type="checkbox"/> 収入減            | 平・令   | 年   | 月     | 日                          |                                   |                       |                       |    |  |   |       |
| ※上の扶養するに至る経緯・理由を具体的に記入して下さい。 |   |   |   |       |                            |                                   |                       |                       |    |  |   |       |
| 要件の<br>場合<br>例<br>住          | 理由                                      | <input type="checkbox"/> 留学<br><input type="checkbox"/> 海外赴任同行<br><input type="checkbox"/> 就労以外の目的で一時的に海外に渡航<br><input type="checkbox"/> 被保険者が海外赴任の間に当該被保険者との身分関係が生じた(婚姻、出生等)<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |   |       |                            |                                   |                       | 該当年月日                 | 令和 | 年  | 月 | 日     |
|                              |   | 渡航先<br>(国名)   |   |       |                            |                                   |                       |                       |    |  |   |       |
| 今まで加入していた保険                  |   | 1. 健康保険      2. 国民健康保険      3. 共済組合      4. その他 ( )   |   |       |                            |                                   |                       |                       |    |  |   |       |
| 就労状況                         | <input type="checkbox"/> 1年以上無職         |   |   |       |                            |                                   |                       |                       |    |  |   |       |
|                              | <input type="checkbox"/> 1年以内に退職または自営廃業 | 今までの勤務先   |   |       |                            | 勤務期間                              | 平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日 |                       |    |  |   |       |
|                              |   | 失業給付の状況   | 1. 受給する<br>2. 受給中   |       | 3. 受給期間延長中<br>4. 受給終了      |                                   |                       | 5. 受給しない<br>6. 受給資格なし |    |  |   |       |
|                              | <input type="checkbox"/> 就労中            | 自営業者の場合   | 業種  |       |                            |                                   | 廃業日                   | 令和                    | 年  | 月  | 日 |       |
| パート<br>アルバイト等                |   | 勤務先   |   |       |                            | 年間収入                              | 万円                    |                       |    |  |   |       |
| <input type="checkbox"/> その他 | 就労状況等                                   |   |   |       | 年間収入                       | 万円                                |                       |                       |    |  |   |       |
| 収入の有無                        | 年金・恩給                                   | 1. ある   | 年金額(年間) ( )円<br>種類 a. 老齢年金      c. 障害年金      e. 恩給<br>b. 遺族年金      d. 企業年金      f. その他の年金 ( ) |       |                            |                                   |                       |                       |    |  |   |       |
|                              |   | 2. ない   | 理由 a. 受給年齢未達      b. 加入期間不足      c. その他 ( )   |       |                            |                                   |                       |                       |    |  |   |       |
|                              | 社会保険給付等                                 | 1. ある   | 月額 ( )円   |       | 受給期間 平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日 |                                   |                       |                       |    |  |   |       |
|                              |   | 2. ない   |   |       |                            |                                   |                       |                       |    |  |   |       |
| その他の収入                       | 1. ある                                   | 金額(年間) ( )円<br>種類 a. 貸金・給与      b. 利子・配当      c. 家賃・地代      d. 自営収入      e. その他 ( )   |   |       |                            |                                   |                       |                       |    |  |   |       |
|                              | 2. ない                                   |   |   |       |                            |                                   |                       |                       |    |  |   |       |
| 別居の場合                        | 別居の理由                                   | 1. 申請対象者が学生のため      4. 国内居住要件の例外<br>2. 単身赴任中のため      5. その他 ( )<br>3. 申請対象者が特別養護老人ホームや障害施設に在所中のため   |   |       |                            |                                   |                       |                       |    |  |   |       |
|                              | 仕送金額について                                | 被保険者から申請対象者に対する年間仕送り金額  |   |       |                            | 1ヶ月分                              | 万円                    | 年間合計                  |    |  |   | 万円を送金 |
|                              |   | 被保険者以外の家族から認定対象者への年間仕送り金額   |   |       |                            |                                   | 万円                    |                       |    |  |   |       |
|                              |   | 仕送りする者の氏名   |   |       |                            | 申請対象者との続柄                         |                       |                       |    |  |   |       |
| 被扶養者以外の<br>扶養義務者             | 氏名                                      | 続柄  | 年齢  | 世帯    | 年間収入(万円)                   | 住所                                | 扶養できない理由              |                       |    |  |   |       |
|                              |   |   |   | 同居・別居 |                            |                                   |                       |                       |    |  |   |       |
|                              |   |   |   | 同居・別居 |                            |                                   |                       |                       |    |  |   |       |
|                              |   |   |   | 同居・別居 |                            |                                   |                       |                       |    |  |   |       |
| 申請対象者の配偶者の有無(被保険者除く)         | 1. ある                                   | 配偶者の氏名  |   |       |                            | 配偶者の年収額                           |                       | 万円                    |    |  |   |       |
|                              | 2. ない                                   | a. 死別      b. 離婚      c. 未婚      d. その他 ( )<br>死別の場合、遺族年金は、a. ある 年額 ( )円      b. ない 理由 ( )  |   |       |                            |                                   |                       |                       |    |  |   |       |

本調査書に記載した内容は事実と相違ありません。認定後、事実と相違していることが判明した場合は、被扶養者の抹消、給付の停止、医療費の返還請求に応じます。なお、扶養認定後、就職した場合や収入に変動等があった場合は、『被扶養者(異動)届』により扶養削除の手続きをすみやかに行います。

令和 年 月 日

被保険者氏名(自署)

㊞