

被扶養者状況調査書

被保険者	被保険者証記号	被保険者証番号	社員番号	氏名
	1	121212	1234567	健保 太郎

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	
健保 花子		妻	5	3	15	26歳	無職	〒222-8563 神奈川県横浜市港北区〇〇〇〇		<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <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 checked="" type="checkbox"/> 退職		平・令 31年 4月 30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。 4月30日付けで退職し、退職後は、出産を控えているため、家事に専念し、無職・無収入となるため											
外要件の場合理由	理由						該当年月日	令和 年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 海外赴任同行 <input type="checkbox"/> 就労以外の目的で一時的に海外に渡航 <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) <input type="checkbox"/> その他 ()						渡航先(国名)				
今まで加入していた保険		<input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 1年以内に退職または自営廃業	今までの勤務先	〇〇株式会社			勤務期間	平・令28年4月11日 ~ 平・令31年4月30日				
		失業給付の状況	1. 受給する 2. 受給中		3. 受給期間延長中 4. 受給終了		5. 受給しない 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				
パートアルバイト等		勤務先			年間収入	万円					
<input type="checkbox"/> その他	自営業者	業種			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 種類 a. 老齢年金 c. 障害年金 e. 恩給 b. 遺族年金 d. 企業年金 f. その他の年金 ()								
		<input checked="" type="checkbox"/> 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						
		<input checked="" type="checkbox"/> 2. ない									
その他の収入	1. ある	金額(年間) ()円		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 ()							
	<input checked="" type="checkbox"/> 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 2. 単身赴任中のため 5. その他 () 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 で 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 () 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 1 年 5 月 21 日

被保険者氏名(自署)

健保 太郎

健保