

被扶養者状況調査書

※扶養認定に基づく重要な書類です。正確にご記入ください。

申請対象者が義務教育を終了している場合は、被扶養者異動届と併せて提出してください。
被扶養者状況調査書は、1人の申請対象者につき1部必要になります。
下記のとおり、私の被扶養者として申請します。

申請対象者 氏 名	(フリガナ)	ケンボ ケンタロウ	続 柄	父	生年月日	昭和	年	月	日
		健保 健太郎		父	平成	〇	〇	〇	〇

★当該事項のいずれかに〇をし、全ての設問について記入箇所は漏れのないようにしてください。

申請 対象 者 に つ い て 記 入 し て く だ さ い	1. 今まで加入していた、もしくは、現在加入している医療保険制度について記入してください。																																											
	(Ⅰ)医療保険制度の種類 a. (〇〇〇〇)健康保険組合(任意継続保険加入の場合も含む) c. 共済組合 () b. 協会けんぽ ()支部(任意継続保険加入の場合も含む) d. 国民健康保険																																											
	(Ⅱ)被保険者・被扶養者の別 (被保険者・被扶養者)																																											
	(Ⅲ)資格喪失年月日 [令和 〇〇年 〇月 〇日]																																											
	2. 申請対象者に配偶者はいらっしゃいますか。 ※申請対象者が『親』の場合で、配偶者をご健在の方は、配偶者の収入証明を添付してください。 例)母親を扶養認定したい場合、父親の収入証明を添付					「いいえ」の場合、その理由等を記入してください 理由 [未婚 ・ 離婚 ・ 死亡] 理由が死亡の場合[遺族年金 ⇒ あり なし]																																						
	3. 今まで就職していましたか。(過去1年以内) いいえ ・ はい					退職日 令和 〇年 〇月 〇日 ※過去1年以内に退職された場合の退職日																																						
	4. 現在、または今後、収入はありますか。 いいえ ・ はい (現在 ・ 今後) 年間合計収入額 (〇 円) 注)収入が右記の合計で、月額108,334円(月額3,612円、60才以上・障害年金該当の方は月額150,000円、月額5,000円)以上あるときは、認定できません。 ※年金受給者は直近の【年金改定通知書(写)】を添付					収入の種類・内訳 雇用保険(失業給付) なし あり 月 日から 月 日まで (月額 円) 出産手当金 なし あり 月 日から 月 日まで (月額 円) 傷病手当金 なし あり 月 日から 月 日まで (月額 円) 年金 なし あり (老齢・遺族・障害・基金・共済)(月額 円) その他 なし あり 配当・利子・家賃収入・パート・アルバイトその他収入(円)もしくは(年額 円)																																						
	5. 被保険者本人(以下、「あなた」と申請対象者が別居されている場合、あなたは申請対象者に毎月どの程度の生活費を援助していますか。 1ヶ月の仕送り金額 (月額 〇〇.〇〇〇 円) 注)仕送りは「申請対象者」の年収額以上が必要となります。 1年間の仕送り額 (年額 〇〇〇 万円) 送金事実の証拠となる書類(銀行振込もしくは現金書留の(写)など)を添付																																											
	6. 申請対象者に、あなた以外の同居の家族はいますか。 ※申請対象者が『配偶者』の場合は記入不要です。 「はい」の場合、申請対象者と同居家族との続柄と、同居家族が扶養できない理由を記入してください。 いいえ ・ はい 続柄:() 理由:																																											
	7. 申請対象者に優先扶養義務者がいないかを確認するため、ご家族(配偶者、親、兄弟姉妹等)の情報を記入してください。 注)申請対象者が、あなたの実親の場合、あなたの兄弟姉妹等、配偶者の親であれば配偶者含め配偶者の兄弟姉妹等を記入してください。																																											
<table><thead><tr><th>氏 名</th><th>被保険者との続柄</th><th>年 齢</th><th>職 業</th><th>年 収</th><th>同 別 居</th><th>申 請 対 象 者 へ の 援 助</th></tr></thead><tbody><tr><td>健保 健司</td><td>弟</td><td>24</td><td>アルバイト</td><td>100万円</td><td>同・別</td><td>有 (年額 万円) ・ 無</td></tr><tr><td>健康 百合子</td><td>姉</td><td>34</td><td>無職</td><td>0万円</td><td>同・別</td><td>有 (年額 万円) ・ 無</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>万円</td><td>同・別</td><td>有 (年額 万円) ・ 無</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>万円</td><td>同・別</td><td>有 (年額 万円) ・ 無</td></tr></tbody></table>										氏 名	被保険者との続柄	年 齢	職 業	年 収	同 別 居	申 請 対 象 者 へ の 援 助	健保 健司	弟	24	アルバイト	100万円	同・別	有 (年額 万円) ・ 無	健康 百合子	姉	34	無職	0万円	同・別	有 (年額 万円) ・ 無					万円	同・別	有 (年額 万円) ・ 無					万円	同・別	有 (年額 万円) ・ 無
氏 名	被保険者との続柄	年 齢	職 業	年 収	同 別 居	申 請 対 象 者 へ の 援 助																																						
健保 健司	弟	24	アルバイト	100万円	同・別	有 (年額 万円) ・ 無																																						
健康 百合子	姉	34	無職	0万円	同・別	有 (年額 万円) ・ 無																																						
				万円	同・別	有 (年額 万円) ・ 無																																						
				万円	同・別	有 (年額 万円) ・ 無																																						
8. 今回、申請対象者を扶養しなければならない理由および、「7」で記入した家族の方が申請対象者を扶養できない理由を詳しく記入してください。 父が令和〇年〇月〇日付で勤務先を退職となり、収入が無くなったため。 雇用保険は受給いたしません。母は平成〇〇年〇月〇日に他界し、遺族年金は受給しておりません。 弟は収入が少なく、姉は結婚していますので父を扶養できません。																																												