扶養状況届（配偶者・子以外の申請）

① 先ず必要事項を漏れなく記載して健保組合宛にFAXしてください(03－5759－5943)
② FAX受診後健保から認定の可否と必要書類を案内します。
③ 認定対象者が2名いる場合は、申請書2枚記入して提出してください。

① 申 請 者	保険証の記号番号			連絡先
	事業所・部課店名			
	氏 名		配偶者の有無	有・無（1．未婚 2．離婚 3．死別）
			生年月日	昭和・平成 年 月 日（ 才）

②認定対象者	氏 名		配偶者の有無	有・無（1．未婚 2．離婚 3．死別）
			生年月日	昭和・平成 年 月 日（ 才）
	続 柄	実父・実母・義父・義母・祖父母・兄・弟・姉・妹・その他（ ）		同居 ・ 別居

③扶養申請することになった理由について（該当する番号に〇を付し、具体的な経緯をお書きください）

1．申請者の入社に伴う申請
2．認定対象者が退職等のため収入がなくなった
3．認定対象者が高齢のため
4．その他（下記具体的な経緯に記入）

【具体的な経緯】＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

④認定対象者の収入について（直近1年の収入合計をお書きください）

1．勤労収入（パート・アルバイト含む） 年間 円
2．年金収入 年間 円
3．その他 （ ） 年間 円

⑤認定対象者の現在の状況について

1．無職
2．60歳以上の高齢者
3．就労（就労の形態を選んでください） イ．130万円以下での勤務 ロ．短時間労働者（週 時間勤務） ハ．アルバイト等
4．失業中（これからも就労する見込み）
5．その他

⑥認定対象者の扶養を事実上開始した時期はいつからですか？

年 月頃から

⑦認定対象者を税務上の扶養親族として、事業所に申告していますか?

イ 年 月から申告している ロ 申告していない【理由】（ ）

⑧認定対象者の家族手当は支給されていますか？これから申請する方はロに〇をしてください。

イ 年 月から支給 ロ これから申請する

⑨認定対象者の職業について

△直近の就職の有無について　有 ・ 無

上記直近就職の事実が【有】である場合は、最終就職先についてお書きください。

◎会社名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◎加入の健康保険の種類（イ. 協会健保　ロ. 健康保険組合･共済組合　ハ. 国民健康保険　ニ. 加入なし）

◎退職日及びその理由（　　年　　月　　日）理由（　　）

◎雇用（失業）保険資格について

イ. 受給資格（現在就労中 ・ 加入期間が1年未満 ・ 加入なし）

ロ. 受給期間延長中（延長の理由　　）

ハ. 受給終了（受給期間:　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日）

⑩年金を受給中の方は、現在受給中の年金の種類に〇をしてください。

イ 老齢年金　**ロ** 障害年金　**ハ** 遺族年金　**ニ** 共済年金　**ホ** その他（　　）

⑩認定対象者に配偶者がいる場合にお書きください。（この認定で父母を同時に申請する場合は記入不要です）

配偶者の職業:　　･年間収入（年金を含む）:　　･加入健康保険:

⑫認定対象者と別居されている場合はお書きください。（生計維持関係について）

※申請者が単身赴任中で、認定対象者が申請者の妻子と同居している場合は、【別居】には該当しませんので記入不要です。

（1）認定対象者への仕送り

1. 　　年　　月　　日から、毎月　　円の送金をしている

2. 送金方法: **イ** 認定対象者が使っている口座へ振込　**ロ** 仕送り用口座を作って振込

3. 定期的ではなく必要に応じて　4. してない

（2）認定対象者と同居している家族　※続柄は認定対象者から見た続柄を記入してください）

氏　　名	年齢	続柄	職業	年収	氏　　名	年齢	続柄	職業	年収

（3）認定対象者の生活費について（1か月の金額）

（収入）　　円　（支出）　　円

以上の通り事実に相違ないことを申告します。

扶養認定後、記載事項に偽りがあり、本来被扶養者になれない者であることが判明した場合は、遡って医療費を返還します。

　　年　　月　　日　　申請者（被保険者本人）の署名　　㊞

上記の通り確認いたしました。

※事業主記入　被保険者の当年可処分所得　　円

事業所所在地

事業所名　　㊞

事業主