

家族状況報告書 I 【配偶者専用】

※ 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、その期間中の診療費を請求します。

| | | | | | | |
|-------------------------------|-----|-------|-------|--------|-------|-----|
| 被保険者証の記号 | 100 | 番号 | 99999 | 被保険者氏名 | 健保 太郎 | 印 |
| 認定を受けようとする家族の氏名 (以下対象者という) | | 健保 花子 | 年齢 | 35 | 続柄 | 配偶者 |

※ 氏名を本人自ら署名した場合の押印は不要。

I. 認定対象者の状況を詳しくご記入ください。

1. 被保険者が扶養するに至った理由

| |
|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 入社のため |
| <input checked="" type="checkbox"/> 結婚したため (婚姻日 平・令 5年 3月 1日) |
| <input type="checkbox"/> 会社を退職したため |
| <input type="checkbox"/> アルバイト・パートを辞めたため |
| <input type="checkbox"/> 雇用保険受給終了のため |
| <input type="checkbox"/> 任継被保険者の資格を喪失したため |
| <input type="checkbox"/> その他 () |

3. 対象者を扶養する形態

| | |
|------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 同居扶養 | <input type="checkbox"/> 別居扶養・・・※3を記入してください |
|------------------------------------------|---------------------------------------------|

※3. 別居扶養の方のみ記入

| | 氏名 | 続柄 | 生年月日 |
|-------------|----|----|------|
| 対象者と同居している者 | | | |
| | | | |
| | | | |

2. 対象者が現在加入している健康保険

| |
|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 未加入 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険に加入 |
| <input type="checkbox"/> 任意継続に加入 |
| <input type="checkbox"/> 勤務先の健康保険に加入 |
| <input type="checkbox"/> 勤務先の共済保険(健保)に加入 |
| <input type="checkbox"/> 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) |

4. 女性の方

| | |
|----------|-------------------------------------------------------|
| 妊娠の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 |
| | <input type="checkbox"/> 有 (出産予定日 令和 年 月 日) |
| 出産手当金の受給 | <input type="checkbox"/> 受給資格あるが (受給する・受給しない) |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 受給資格がない 理由 () |

II. 対象者の生計維持の状況を詳しくご記入ください。

5. 対象者の過去2年間の直近勤務先(収入減の方も記入)

※直近1年間に勤務先が2つ以上の方は別紙(用紙自由)に全て記入

| | |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①勤務先名 | |
| ②所在地 | |
| ③勤続年数 年 カ月 | |
| ④退職年月日 平成・令和 年 月 日 | |
| ⑤退職理由 | <input checked="" type="checkbox"/> 事業主都合 (理由 契約期間終了) <input type="checkbox"/> 本人都合 (理由) |
| ⑥雇用保険の加入 | <input type="checkbox"/> 加入 <input checked="" type="checkbox"/> 未加入 |

6. 現在 無職の方: 雇用(失業)保険について

| |
|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 受給が終了した 令和 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 受給延長申請中 (理由) |
| <input type="checkbox"/> 受給資格を放棄する |
| <input checked="" type="checkbox"/> 受給資格無し (理由) |
| <input type="checkbox"/> その他 () |

7. 現在 給与収入(パート・アルバイト等)がある方

| ①勤務先名 | ②採用された日 | | | | | |
|------------------|---------|-----|-----|------|------|------|
| ③現在の年度(1~12月)の収入 | 1月分 | 2月分 | 3月分 | 4月分 | 5月分 | 6月分 |
| | | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | 7月分 | 8月分 | 9月分 | 10月分 | 11月分 | 12月分 |
| | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |

<記入方法例>

1) 平成26年11月から扶養に入りたい場合、平成26年1月~10月の収入額を記入してください。

8. 給与以外の収入の有無

| | | | | | |
|--------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----|---|
| 内 訳 | 事業収入(農業、漁業、商業、工業等自営業の収入、保険の外交等自由業の収入) | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | *1 年額 | 円 | |
| | 不動産収入(土地、家屋、駐車場等の賃貸収入) | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 年額 | 円 | |
| | 利子収入(預貯金、有価証券利子等) | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 年額 | 円 | |
| | 配当収入(株主配当等) | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 年額 | 円 | |
| | 雑収入(原稿料、印税、講演料等) | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 年額 | 円 | |
| | 健康保険の出産手当金 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 年額 | 円 | |
| | 健康保険の傷病手当金 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 年額 | 円 | |
| | 雇用保険の失業給付 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 年額 | 円 | |
| | 年金 60歳以上 | 厚生年金 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 年額 | 円 |
| | | 国民年金 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 年額 | 円 |
| | | 共済年金 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 年額 | 円 |
| | | 農業者年金 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 年額 | 円 |
| | | 労働者災害補償年金 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 年額 | 円 |
| | | 企業年金 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 年額 | 円 |
| | | 自社年金 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 年額 | 円 |
| | | 非課税扱いの遺族年金 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 年額 | 円 |
| | | 障害年金 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 年額 | 円 |
| | | 私的年金等 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 年額 | 円 |
| | | 各種の恩給 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 年額 | 円 |
| | | その他継続性のある収入 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 年額 | 円 |

*1 年額は、現在の年度(1～12月)の年額を記入してください。

<記入方法例>

- 1) 平成26年11月から扶養に入れたい場合、平成26年1月～10月の収入合計金額を、年額として記入してください。

9. 被保険者から対象者への送金について (別居扶養の方のみ)

| | | | | | | | |
|-------------------|------|--------|-----|-----|------|------|------|
| ①送金を始めた年月 | | 令和 年 月 | | | | | |
| ②現在の年度(1～12月)の送金額 | 送付年月 | 1月分 | 2月分 | 3月分 | 4月分 | 5月分 | 6月分 |
| | 送金金額 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | | 7月分 | 8月分 | 9月分 | 10月分 | 11月分 | 12月分 |
| | | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |

<記入方法例>

- 1) 平成26年11月から扶養に入れたい場合、平成26年1月～10月の送金額を記入してください。

Ⅲ. 被保険者の収入状況 (健保にて記入)

| | |
|--------|-----|
| 標準報酬月額 | 賞与額 |
| 千円 | 円 |