

家族状況報告書Ⅱ 【配偶者以外の方】

※ 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 淳子	年齢	24	続柄	長女	配偶者	有・ 無

※ 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		3. 対象者を扶養する形態	
<input type="checkbox"/> 入社のため	<input checked="" type="checkbox"/> 会社を退職したため	<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
<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	※3. 別居扶養の方のみ記入	
<input type="checkbox"/> 任継続被保険者の資格を喪失したため	<input type="checkbox"/> その他 ()	対象者と同居している者	氏名
			続柄
			生年月日

2. 対象者が現在加入している健康保険		4. 対象者に配偶者がいない場合はその理由	
<input type="checkbox"/> 未加入	<input checked="" type="checkbox"/> 勤務先の健康保険に加入	<input checked="" type="checkbox"/> 未婚	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> 国民健康保険に加入	<input type="checkbox"/> 勤務先の共済保険(健保)に加入	該当日	昭和・平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> 任意継続に加入	<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)	5. 女性の方	
		妊娠の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無
			<input type="checkbox"/> 有 (出産予定日 平成 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 type="checkbox"/> 受給資格がない 理由 ()

II. 認定対象者の生計維持の状況を詳しくご記入ください。

6. 認定対象者の過去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	〇〇工業株式会社	7. 現在 無職の方: 雇用(失業)保険について	
②所在地	●●市▽▽区××町1-2	<input type="checkbox"/> 受給が終了した	平成 年 月 日
③勤続年数	3年 8ヵ月	<input type="checkbox"/> 受給延長申請中 (理由)	
④退職年月日	昭和・平成(令和) 4年 12月 31日	<input checked="" type="checkbox"/> 受給資格を放棄する	
⑤退職理由	<input type="checkbox"/> 事業主都合 (理由) <input checked="" type="checkbox"/> 本人都合 (理由 病気療養のため)	<input type="checkbox"/> 受給資格無し (理由)	
⑥雇用保険の加入	<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入	<input type="checkbox"/> その他 ()	

8. 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	平成・令和	年	月	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	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月の収入額を記入してください。

9. 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。

10. 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		平成 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. 被保険者の家族構成と家計負担状況

1.1. 被保険者世帯の家計負担額 (UACJ健保組合員である家族全員について記入)

氏名	続柄	年間収入	送金額/年(※1)	同居・別居
健保 太郎	被保険者本人	850万 円	—	—
健保 康子	妻	0 円	円	同・別
		円	円	同・別
		円	円	同・別

※1 「既に別居扶養されている方」家族への送金がある場合は 送金額を記入

IV. 認定対象者の家族構成と家計負担状況

1.2. 認定対象者世帯の家計負担額 (認定対象者である家族全員について記入)

氏名	続柄	年間収入
		円
		円

V. UACJ健保組合員・認定対象者以外の家族構成と家計負担状況

1.3. 認定対象者・UACJ健保組合員以外である家族全員について記入

氏名	続柄	年間収入
		円
		円
		円

VI. 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