

# 扶養状況届

記入日 令和 年 月 日

申請被扶養者一人につき一枚ご提出ください。

(新生児を扶養する場合は不要)

被保険者	氏名		保険証 記号 番号	-----	被保険者と 申請被扶養者は	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
申請 被扶養者	氏名		続柄		生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 (記入日現在 歳)

申請理由	<input type="checkbox"/> 被保険者の入社 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 収入の減少 <input type="checkbox"/> 任継資格喪失 <input type="checkbox"/> 自営業廃業 <input type="checkbox"/> 雇用保険等の受給終了 <input type="checkbox"/> 退職(雇用保険は <input type="checkbox"/> 受給する <input type="checkbox"/> 受給しない <input type="checkbox"/> 延長申請 <input type="checkbox"/> 受給権なし ) <input type="checkbox"/> その他( )					
	申請理由発生日 年 月 日					
今までの 健康保険	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他					
	健康保険名					
	資格	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 <input type="checkbox"/> 健康保険未加入				
現在の 収入	前年の収入		円	今年の現在までの収入		円
	現在の 生活費	<input type="checkbox"/> 本人の収入だけで暮らしている <input type="checkbox"/> 全面的に被保険者が負担援助している <input type="checkbox"/> 本人の収入と被保険者両者の負担で暮らしている <input type="checkbox"/> 被保険者以外にも援助負担している人がいる				
		被保険者以外からも援助負担がある場合は 援助負担額 円/月(概算)				
今後の 収入	就 労 状 況	<input type="checkbox"/> 学生(収入なし) <input type="checkbox"/> 学生(収入あり) <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 求職活動中 <input type="checkbox"/> 家事(収入なし) <input type="checkbox"/> 家事(収入あり) <input type="checkbox"/> 自営業(業種: ) <input type="checkbox"/> 無職(その理由: )				
	今後1年間の推定収入(含アルバイト・年金・雇用保険・利子等) 円					
家族	申請被扶養者からみた被保険者以外の家族(除18歳未満)はいらっしゃいますか? <input type="checkbox"/> 配偶者( <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居) <input type="checkbox"/> 子供( <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居) <input type="checkbox"/> 父親( <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居) <input type="checkbox"/> 母親( <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居) <input type="checkbox"/> 義父( <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居) <input type="checkbox"/> 義母( <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居) <input type="checkbox"/> 兄姉( <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居) <input type="checkbox"/> 弟妹( <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居) <input type="checkbox"/> その他同居の家族(続柄: )					

誓約	<p>上記内容に間違いなく、今後長期にわたりこの状況が続きます。          収入が扶養の基準を超える場合、あるいは他の健康保険の資格を取得する場合は速やかにお届けすることを誓約いたします。</p> <p style="text-align: center;">申請被扶養者氏名(自筆) 印</p>
----	--

※ご記入いただきました情報は、被扶養者認定のみに使用し、他の目的には使用いたしません。