

扶養状況届

提出年月日 令和 年 月 日

記号	番号	被保険者 氏名	印
健康保険証の			

以下は申請される被扶養者(18歳以上)について記入ください。(注1)

(フリガナ) 被扶養とする 者の氏名		続柄	生年 月日	昭和 平成	年	月	日	満 才											
扶養の理由	<b>この届をするまでの状態:</b>																		
	<input type="checkbox"/> 被保険者であった ⇒ <input type="checkbox"/> 退職 ( 年 月 日付 ) : 勤務先 _____																		
	↓ 退職後現在まで下記健康保険に加入																		
	<input type="checkbox"/> 任意継続																		
	<input type="checkbox"/> 被扶養者(誰の: _____) } → 資格喪失証明書添付																		
	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 _____ → 資格情報のお知らせ又は 資格確認書のコピー添付																		
<input type="checkbox"/> 国民健康保険加入中 ⇒ 資格情報のお知らせ又は資格確認書のコピー添付 資格確認書のコピー添付																			
<input type="checkbox"/> 以前からずっと被扶養者であった 誰の: <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他( _____ ) → 資格喪失証明書添付																			
<input type="checkbox"/> 無保険( _____ ヶ月以上何の健康保険にも加入していない )																			
<b>被扶養者とする理由:</b>																			
<b>あなた以外に申請対象者を扶養する者がいる場合:</b> (例:父、兄、夫)																			
あなたとの関係:				援助額:				円／月額											
同居・別居について	<input type="checkbox"/> 別居		<input type="checkbox"/> 同居	<b>同居していない理由:</b>															
	<input type="checkbox"/> 別居の方のみ記入																		
	<b>別居先の世帯主は:</b>																		
	<input type="checkbox"/> 被扶養者本人																		
<input type="checkbox"/> その他(その者の氏名) _____ (被保険者との関係) _____																			
<b>被扶養者への仕送額</b> (要証明(例-銀行振込等))		円／月額 [ 被扶養者となる者の年間収入より多い ことが扶養の条件となります ]																	
収入の有・無	<b>被扶養者とする者の今年度の収入:</b> (公的・私的／企業年金等を含む)																		
	<input type="checkbox"/> 無 ↗ 例: 老齢年金、遺族年金、障害者年金 積立(個人)年金 等																		
	<input type="checkbox"/> 有 (収入の多少に関係なく内訳を記入)																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>収入内訳</th> <th>年収額</th> <th>添付書類名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td>円</td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td>円</td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td>円</td><td> </td></tr> <tr><td>合計</td><td>円</td><td> </td></tr> </tbody> </table>				収入内訳	年収額	添付書類名		円			円			円		合計	円	
	収入内訳	年収額	添付書類名																
		円																	
	円																		
	円																		
合計	円																		
<b>所得税法上の扶養控除対象者ですか:</b>																			
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (理由: _____)																			
雇用保険 (失業手当) 受給資格	<input type="checkbox"/> 無																		
	<input type="checkbox"/> 有 → { <input type="checkbox"/> 受給しません <input type="checkbox"/> 雇用保険受給終了 ( 年 月 日付 ) <input type="checkbox"/> 受給します(注2) <input type="checkbox"/> 受給期間の延長申請予定																		

(注1) この届書により被扶養者としての認定を受けた後、事実と相違していることが判明した場合は、遡って資格を喪失し  
その間の保険給付費等については返還請求いたします。

(注2) 雇用保険を受給する場合は、給付待機期間中も被扶養者として認められません。(詳細はお問い合わせください)