

# 家族状況報告書

※新生児の届出時は必要無し

被保険者証の 記号	番号	被保険者 氏名
申請する家族の氏名 (以下対象者という)	年齢	続柄

1. 被保険者が扶養申請するに至った理由 ※状況を詳しく記入 3. 税扶養の有無 ※無の場合は理由も記入

1. 被保険者が扶養申請するに至った理由 ※状況を詳しく記入 _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (理由: _____)
	4. 対象者が加入している(今まで加入していた)健康保険 <input type="checkbox"/> 他の健康保険組合、共済組合 [加入中・喪失済] <input type="checkbox"/> 国民健康保険 [加入中・喪失済] <input type="checkbox"/> 任意継続 [加入中・喪失済] <input type="checkbox"/> 他の家族の被扶養者 [加入中・喪失済] (氏名: _____ 続柄: _____) <input type="checkbox"/> 無保険 いつから( _____ 年 月 日～)
2. 対象者の配偶者の状況 ※対象者が妻(夫)の場合は記入不要 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 [ 未婚・離婚・死別 ] 離婚・死別の日( _____ 年 月 日)	

5. 収入状況について

(1) 過去3年間の職歴すべて ※勤務先が複数ある方は別紙(用紙自由)にすべて記入

①勤務先名	⑤雇用形態 <input type="checkbox"/> 正社員・契約社員等 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 他
②所在地	⑥雇用保険の加入 <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 加入 → ⑦も記入
③退職日 _____ 年 月 日 (勤続: _____ 年 か月)	⑦雇用保険の受給について
④退職理由 <input type="checkbox"/> 事業主都合 (理由 _____) <input type="checkbox"/> 本人都合 (理由 _____)	<input type="checkbox"/> 受給資格を放棄する <input type="checkbox"/> 受給資格が無い <input type="checkbox"/> 受給する <input type="checkbox"/> 受給延長申請中 <input type="checkbox"/> 受給が終了した( _____ 年 月 日)

(2) 現在 給与収入がある方 ※勤務先が複数ある方は別紙(用紙自由)にすべて記入

①勤務先名	⑤直近6か月の収入実績 (通勤交通費を含めた総収入を記入)			
②所在地	年 月	円	年 月	円
③就職日 _____ 年 月 日 (雇用契約変更日 _____ 年 月 日)	年 月	円	年 月	円
④通勤交通費支給の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	賞与	円	計	円

(3) 給与以外の収入について

収入区分	年額	月額/日額	状況等
傷病手当金・出産手当金 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円	日額	[妊娠中の方] 出産予定日( _____ 年 月 日)
老齢年金 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		円	[受給開始年齢で受給無しの方] 受給無しの理由( _____ )
障害年金 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円	円	障害年金の種類と等級    基礎年金    級 厚生(共済)年金    級
遺族年金 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円		[配偶者と死別しているが受給無しの方] 受給無しの理由( _____ )
営業(事業)・不動産所得 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円	円	※基金、企業年金、個人年金、雑所得等がある場合は記入
その他( _____ ) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円		

6. 対象者と別居の方 ※単身赴任、子の進学による別居の場合は記入不要

①直近6か月の送金額	年 月	円	年 月	円	年 月	円	②対象者の月額生計費 約 円
	年 月	円	年 月	円	年 月	円	

7. 被保険者以外の扶養義務者の状況 対象者が配偶者・未婚の子以外の場合は記入 例: 対象者が母の場合→父、被保険者の兄弟姉妹

氏名	続柄	同居/別居	加入中の健康保険	年収	対象者への生計費負担額	扶養できない理由
		同・別	健保組合・共済 国保・その他	円	月額 約 円	
		同・別	健保組合・共済 国保・その他	円	月額 約 円	

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、その期間中の医療費を請求します。

