

家族状況報告書 I 60歳未満の方を扶養申請する時。(新生児の届出時は必要無し)

※ 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	1 2 3 4	番号	5 6 7 8 9 0	被保険者氏名	健保 太郎		印	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	2 7	続柄	妻	配偶者	有・無

※ 認定対象者が父母などの場合で、配偶者「有」と記した方は、その配偶者の「家族状況報告書」も併せて提出ください。

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"/> 結婚したため (婚姻日 R〇年 △月 □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 []		<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 <table border="1"> <thead> <tr> <th>氏名</th> <th>続柄</th> <th>生年月日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>対象者と同居している者</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		氏名	続柄	生年月日	対象者と同居している者								
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		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"/> 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)		<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> その他() 該 当 日 昭和・平成・令和 年 月 日													
		5. 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)													

II. 対象者の生計維持の状況を詳しくご記入ください。

6. 対象者の過去3年間の直近勤務先 (収入減の方も記入)		7. 現在 無職の方: 雇用(失業)保険について	
※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		<input checked="" type="checkbox"/> 受給する 給付制限期間終了日 令和 年 月 日 <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 type="checkbox"/> 受給資格無し (理由) <input type="checkbox"/> その他 []	
①勤務先名 大阪〇×△(株) ②所在地 ◇◇府〇△市◇町×-×-× ③勤続年数 〇年 △ヵ月 ④退職年月日 令和 〇年 △月 ◇日 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 結婚のため) ⑥雇用保険の加入 <input checked="" type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入			

8. 過去6カ月分 給与収入(パート・アルバイト含む)

①勤務先名			②採用された日	令和 年 月 日
③直近6カ月の収入	月分 円	月分 円	月分 円	月分 円

9. 給与以外の収入の有無(障害年金等、家賃等、傷病手当金・出産手当金)

<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	内 訳	円	円	円
		金額(月額)			

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	令和 年 月
②直近6カ月の送金額	送付年月 年 月 送金金額 円

※添付書類については、「被扶養者認定に必要な書類」を参照ください。