

# 家族状況報告書Ⅱ 60歳以上の方を扶養申請する時。

※ 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	番号	被保険者 氏名	印
認定を受けようとする家族の氏名 (以下対象者という)	年齢	続柄	配偶者 有・無

※ 認定対象者に配偶者「有」と記した方は、配偶者の「家族状況報告書」も提出ください。

## 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 type="checkbox"/> 結婚したため (婚姻日 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 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	
		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 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. 税扶養の有無 (配偶者または被保険者の源泉徴収票写し (または所得証明書・原本) 添付)	
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 配偶者の税扶養 <input type="checkbox"/> 被保険者(社員)の税扶養	

## 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		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			
①勤務先名		<input type="checkbox"/> 受給する 給付制限期間終了日 令和 年 月 日	
②所在地		<input type="checkbox"/> 受給が終了した 令和 年 月 日	
③勤続年数 年 月		<input type="checkbox"/> 受給延長申請中 (理由 )	
④退職年月日 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 受給資格を放棄する	
⑤退職理由 <input type="checkbox"/> 定年 <input type="checkbox"/> その他(理由 )		<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. 対象者の年金受給の有無、金額について			
<input type="checkbox"/> 無	理 由	<input type="checkbox"/> 受給年齢に達していない <input type="checkbox"/> 加入期間不足 <input type="checkbox"/> 亡き配偶者が自営業・農業であった <input type="checkbox"/> その他 ( )	
<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 会社等を退職した方 <input type="checkbox"/> 65歳以上の方 <input type="checkbox"/> 軍人、公務員等であった方又は遺族 <input type="checkbox"/> 農業年金に加入していた方 <input type="checkbox"/> 配偶者の亡くなっている方 <input type="checkbox"/> 障害をお持ちの方 <input type="checkbox"/> その他あれば(名称 )	老齢厚生年金・厚生年金基金 老齢基礎年金(国民年金) 恩給 農業者年金 遺族厚生年金、遺族基礎年金 障害厚生年金又は障害手当金、障害基礎年金 )	年額 円 年額 円 年額 円 年額 円 年額 円 年額 円
9. 対象者の年金以外の収入(傷病手当金・出産手当金等)の有無について			
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 農業収入 円/年 <input type="checkbox"/> 給与(アルバイト等) 円/年	<input type="checkbox"/> 賃貸料(不動産等) 円/年 <input type="checkbox"/> その他( ) 円/年
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	送金金額
		年 月	円
		年 月	円
		年 月	円
		年 月	円

## III. 被保険者の家族構成と家計負担状況

11. 被保険者家族の家計負担額(対象者以外の家族全員について記入)				12. 対象者の収入金額(円)		
氏 名	続 柄	年間収入	送金額/年(※1)	同居・別居	対象者の収入の種類(※2)	金額/年
	被保険者本人	円	-	-		円
		円	円	同・別		円
		円	円	同・別		円
		円	円	同・別		円

※2 年金、その他収入、送金を受けた額

※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

※添付書類については、「被扶養者を申請するときの添付書類」を参照ください。