

# 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	1 2 3 4	番号	5 6 7 8 9 0	被保険者氏名	健保 太郎	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 一子	年齢	6 2	続柄	母	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 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> <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																		
<input type="checkbox"/> 結婚したため(婚姻日 年 月 日)																		
<input checked="" 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 checked="" 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( )																		
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"/> 未婚	<input type="checkbox"/> 死亡 <input checked="" type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> その他( ) 該当日 昭和・平成・令和 ○ 年 △ 月 E																
<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険に加入	<input type="checkbox"/> 死亡 <input checked="" type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> その他( )																	
<input type="checkbox"/> 任意継続に加入		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"/> 勤務先の健康保険に加入		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有															
<input type="checkbox"/> 勤務先の共済保険(健保)に加入		<input type="checkbox"/> 配偶者の税扶養	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者(社員)の税扶養															
<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 )																		

## 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		<input type="checkbox"/> 受給する 給付制限期間終了日 令和 年 月 日 <input checked="" 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 ○×△(株)	②所在地 ◇◇県○△市◇町×-×-×	③勤続年数 ○ 年 △ カ月	④退職年月日 令和 ○ 年 △ 月 ◇ 日
⑤退職理由 <input type="checkbox"/> 定年 <input checked="" type="checkbox"/> その他(理由 本人都合 )	⑥雇用保険の加入 <input checked="" type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入		
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 checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 会社等を退職した方	<input type="checkbox"/> 亡き配偶者が自営業・農業であった	<input type="checkbox"/> その他 ( )
[共済年金]を含む	<input type="checkbox"/> 65歳以上の方	老齢厚生年金・厚生年金基金	年額 284,800 円
	<input type="checkbox"/> 軍人、公務員等であった方又は遺族	老齢基礎年金(国民年金)	年額 円
	<input type="checkbox"/> 農業年金に加入していた方	恩給	年額 円
	<input type="checkbox"/> 配偶者の亡くなっている方	農業者年金	年額 円
	<input type="checkbox"/> 障害をお持ちの方	遺族厚生年金、遺族基礎年金	年額 円
	<input type="checkbox"/> その他あれば(名称 )	障害厚生年金又は障害手当金、障害基礎年金	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 checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 農業収入 円/年	<input type="checkbox"/> 賃貸料(不動産等) 円/年
		<input type="checkbox"/> 給与(アルバイト等) 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ヵ月の送金額	送付年月 送金金額 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
なし	被保険者本人	4,900,000 円	-	-	年金	284,800円
		円	円	同・別		円
		円	円	同・別		円
		円	円	同・別		円

※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。

※2 年金、その他収入、送金を受けた額