

扶養申請する家族一人につき
一枚ご提出下さい。

健康保険 被扶養者状況報告書

下記の通り報告致します。相違が判明した場合は、遡って扶養削除となっても異議はありません。

↑ 同意の をお願い致します。

保険証記号	保険証番号		社員番号	
あなたの名前 (従業員名)		住所		
扶養に追加したい人の名前		続柄・年齢	続柄：	年齢： 歳

あなたが上記の者(扶養に追加したい人)を扶養申請する理由	<input type="checkbox"/> あなたの入社 <input type="checkbox"/> あなたの結婚 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 上記の者の離職 <input type="checkbox"/> 上記の者の雇用保険受給終了 <input type="checkbox"/> 自営業の廃業 <input type="checkbox"/> 収入減少 <input type="checkbox"/> その他 ()
上記の者が 子の場合 あなたの配偶者について 教えて下さい。	<input type="checkbox"/> 配偶者を扶養している <input type="checkbox"/> 配偶者を扶養していない (下記についてご記入ください。) ・ 配偶者の加入している健康保険 <input type="checkbox"/> 健康保険・共済組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 ・ 配偶者の収入見込金額 (申請月から今後一年間) 年間 万円 ・ あなたの収入見込金額 (申請月から今後一年間) 年間 万円 <input type="checkbox"/> 配偶者はいない

* 申請理由が「出生」の場合は、これより下は回答不要です。

それ以外の方はすべて回答をお願い致します。

上記の者が 子の場合	<input type="checkbox"/> いない
上記の者の配偶者はいますか?	<input type="checkbox"/> いる (申請月から今後一年間の収入見込み 万円) 上記の者と <input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居
上記の者が 子・配偶者以外 の 場合は下記についてお答え下さい。	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (年間収入は申請月から今後一年間の収入見込みをご記入下さい。)
上記の者の配偶者や、あなたの 兄弟姉妹・配偶者はいますか?	続柄： 年間収入： 万円 上記の者と <input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居 続柄： 年間収入： 万円 上記の者と <input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居
上記の者の保険加入状況	<input type="checkbox"/> 健康保険等に加入していた → <input type="checkbox"/> 被保険者だった・ <input type="checkbox"/> 被扶養者だった <input type="checkbox"/> 国民健康保険に加入中 <input type="checkbox"/> 健康保険に加入していなかった
上記の者の現在の収入状況 年間収入は、申請月から今後 一年間の見込みをご記入下さい。 収入がない場合は必ず <input type="checkbox"/> 無に ✓をしてください。	a 給与収入(パート・アルバイト等) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年間 万円 b 公的年金収入(障がい・遺族・企業年金等も含む) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年間 万円 c 個人年金収入 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年間 万円 d 事業収入(不動産、農業等含む) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年間 万円 e 利子・配当収入 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年間 万円 f 傷病手当金の受給 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 受給中(基本手当日額 円) ・ <input type="checkbox"/> 申請中 g 雇用保険の受給資格 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 受給中(基本手当日額 円) <small>雇用保険受給資格者証の コピーを添付して下さい</small> <input type="checkbox"/> 受給予定がある <small>離職票-1、-2のコピーを添付して下さい</small> <input type="checkbox"/> 受給しない <small>離職票-1、-2の原本を添付して下さい</small> h 上記以外の収入 () <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年間 万円

備考欄

事業所の証明

税法上の被扶養者であるか否か

1 ある 2 ない

次世代手当等の有無

1 ある (年 月から支給) 2 ない

事業所確認 ← 確認の をお願い致します。