

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おりますことご承知のうえです。

↑ 同意の をお願い致します。

| | | | | | |
|---------------|-------|------|-------|-------|----------------|
| 保険証記号 | 保険証番号 | 3003 | 12345 | 社員番号 | 1234567890 |
| あなたの名前 (従業員名) | 健保 太郎 | | | 住所 | 東松山市箭弓町〇-〇〇 |
| 扶養に追加したい人の名前 | 健保 花子 | | | 続柄・年齢 | 続柄： 妻 年齢： 40 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 checked="" 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ください。 | <input type="checkbox"/> 配偶者がいない <input type="checkbox"/> 配偶者がいるが、扶養申請しない <input type="checkbox"/> 配偶者がいるが、扶養申請する |

* 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 上記の者の配偶者はいますか？ | <input type="checkbox"/> います <input type="checkbox"/> いません |
| 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。 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？ | <input type="checkbox"/> います <input type="checkbox"/> いません |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 上記の者の保険加入状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 健康保険等に加入していた → <input checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。 | a 給与収入(パート・アルバイト等) <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年間 万円 b 公務員収入(パート・アルバイト等) <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年間 万円 c 個人事業収入(パート・アルバイト等) <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年間 万円 d 事業収入(パート・アルバイト等) <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年間 万円 e 利子・配当収入 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年間 万円 f 傷病手当金の受給 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 |
| <input type="checkbox"/> 事業所確認 ← 確認の <input checked="" type="checkbox"/> をお願い致します。 |