

# 扶養状況調査書〔配偶者・子の申請用〕

|    |  |    |  |        |  |
|----|--|----|--|--------|--|
| 記号 |  | 番号 |  | 被保険者氏名 |  |
|----|--|----|--|--------|--|

「被扶養者格自己点検チャート」で、被扶養者の審査対象となりますので、申請手続きを行ってください。・となった方につきご提出ください。

- ★ 続柄が子で未就学児童、全日制の学生・生徒については1枚に全員をご記入ください。  
それ以外の続柄の方と上記以外の子については一人につき1枚ご提出ください。

以下の各欄を記入してください。(該当する番号・記号は○で囲んでください)

|               |    |                |       |      |    |
|---------------|----|----------------|-------|------|----|
| 今回申請する認定対象者氏名 | 続柄 | 職業・学年          | 同居・別居 | 年間総収 |    |
|               |    | 例:長男・長女・次男・次女等 |       |      | 万円 |
|               |    |                |       |      | 万円 |
|               |    |                |       |      | 万円 |

今後1年の年収見込みをご記入ください。

▼ 子の出生の場合、この欄記入不要

|                     |   |  |             |   |
|---------------------|---|--|-------------|---|
| 認加(る)定入(る)対し医象て療者い保 | 種 | 1. 健康保険組合 (名: 加入していた市町村名)                                      | 被保険者/被扶養者の別 | 1. 被保険者・組合員・世帯主   |
|                     |   | 2. 共済組合  |             | 2. 被扶養者・家族  |
|                     |   | 3. 国民健康保険 (市町村名: )   |             | 3. 任意継続被保険者 ⇒「資格喪失証明書」を添付のこと  |
|                     |   | 4. 全国健康保険協会管掌健康保険(支部)  |             | 例:協会けんぽ○○支部   |
|                     |   | 5. 雇用証明をご提出ください。   |             |   |
|                     |   | 6. 資格取得に伴う   |             | 8. その他 ( )  |
|                     |   | 7. 被保険者との婚姻による   |             |   |
|                     |   | 8. 対象者の就労・収入状況の変化による   |             |   |
|                     |   | 9. 退職による (失業給付の受給は(a.受給する)・出産手当金の受給(a.受給中)・傷病手当金の受給(a.受給中) b.) |             | 出産に伴う退職の方は、出産予定日の記載のある母子手帳の写し等をご提出ください。出産手当金・傷病手当金を受給する方は、支給決定通知書の写しをご提出ください。 |
|                     |   | 10. 失業給付受給終了後の無職・無収入による ⇒「雇用保険受給資格者証(両面)写」を添付                  |             |   |
|                     |   | 11. 失業給付受給終了後の収入基準未滿の就労による ⇒ 雇用証明書を添付                          |             |   |
|                     |   | 12. 出生による⇒マイナンバーの記載および事業主様の確認☑がない場合は、「住民票」を添付                  |             |   |
|                     |   | ●申請事由の発生日(例:結婚した日、失業給付金の受給終了日) → 令和 年 月 日                      |             |   |

▼ 未就学児童、就労歴のない全日制学生・生徒の場合は記入不要

|            |      |   |   |   |
|------------|------|---|---|---|
| 認定対象者の収入状況 | 収入あり | 1. 給与収入(パート・アルバイト等)   | 約 | 被扶養者(異動)届にマイナンバーの記載および事業主様による「住所確認済み」「続柄確認済み」に☑がない場合は、住民票(被保険者と出生児の続柄記載)をご提出ください。 |
|            |      | 2. 各種年金収入の計   | 約 |   |
|            |      | 3. その他収入  | 約 |   |
|            |      | 4. 専業主婦(夫)  |   |   |
|            |      | 5. 求職活動中  |   |   |
|            |      | 6. その他( )   |   |   |
|            |      | 収入なし [無職・無収入の申告欄](該当の場合はレ点をしてください。)                                 |   |   |
|            |      | <input type="checkbox"/> 認定対象者は現在 無職で収入がありません。またこの状況は一時的なものではありません。 |   |   |

▼ 最終離職年月日 年 月 日

〔雇用保険の失業給付についての申告欄〕(該当の場合はレ点)

最終離職年月日をご記入ください。1度もお勤めされたことの無い方は、0年0月0日とご記入ください。

認定対象者は、日額3,611円以下(60歳以上の場合は日額5,000円以下)の失業給付を受給している。 ⇒ 該当の場合は「雇用保険受給資格者証(両面の写)」を添付のこと。

認定対象者は、失業手当を受給している期間中は認定できません。(ただし、受給金額が日額3,611円以下の場合を除く。)受給される場合は、早急に扶養削除の届出をしてください。

認定対象者は、失業給付を受給予定の方は、受給日額決定後、「雇用保険受給資格者証(両面の写)」をご提出ください。また、雇用保険未加入である場合、失業手当受給資格がない場合、その事実を証明できる書類をご提出ください。

認定対象者は、就労する意思がないため失業給付の手続きを行いません。

⇒ 該当の場合は「離職票1・2」(写)「雇用保険資格喪失確認通知書」(写)「雇用保険受給資格者証」(両面の写)を添付のこと。

▼ 配偶者を申請する(又は既に認定)

|              |                            |   |
|--------------|----------------------------|---|
| 配偶者を扶養している状況 | 1. 配偶者なし → a.離婚( ) b.死亡( ) | 配偶者が被扶養者でない場合、子の認定申請時、左記欄に記載が必要です。また、「2.」に該当するとき、配偶者の収入が確認できる書類をご提出ください。<br>【給与収入】「直近の給与明細(写)3ヶ月分」および「直近の賞与の明細(写)年間分」 ※賞与支給がない場合はその旨を記載してください。<br>【年金収入】「直近の公的年金通知書(写)」<br>【事業収入】「昨年度の確定申告書・収支内訳書(写)」<br>【その他収入】収入額が確認できる書類<br>*今後1年間の収入見込みが過去の収入状況と異なる場合は、現時点での収入状況および今後の収入見込みが確認できる書類をご提出ください。<br>育児休業を取得している場合は、「育児休業中」とご記入ください。添付書類は不要です。 |
|              | 2. 配偶者は被保険者 ⇒ 『認定』のための添付書類 |   |
|              | 3. 配偶者は求職活動中               |   |

▼ 認定対象者が被保険者と同一世帯

|               |               |                               |
|---------------|---------------|-------------------------------|
| 認定対象者の生活費負担割合 | [別居申出欄] (c)以下 | 配偶者: a. 単身赴任の子<br>子: c. 通学のため |
|---------------|---------------|-------------------------------|

**注意** 1. 申請内容によっては、追加書類の提出を求められることがありますのでご了承ください。  
2. 被扶養者は、健康保険組合で審査を行い決定します。したがって、申請をすれば必ず認定されるものではありません。

|           |                                  |
|-----------|----------------------------------|
| 事業証明の住所   | この届について真実と相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 |
| 事業証明の名称   |                                  |
| 事業証明の電話番号 |                                  |