

## 扶養状況届（配偶者）

【新規用】

被保険者(あなた)の

記号 - 番号 ○ - 7000 (健康保険証の記号・番号をご記入ください) 妻・夫

被保険者氏名 健康 太朗 生年月日 大・昭・平・令 ××年 7月 7日 年齢 ○○ 歳

配偶者氏名 健康 華子 生年月日 大・昭・平・令 ××年 6月 6日 年齢 ×× 歳

1. 配偶者の現在の生活状況をご記入ください。

週に2日パートで働いています

2. 配偶者が現在加入されている健康保険についてご記入ください。(保険証をご確認の上、ご記入ください。)

	事業所名	記号・番号	—
保 険 者	名称		
	所在地		
	電話番号		

(↑ 保険者とは、社会保険事務局・各健康保険組合・共済組合・国民健康保険等です)

3. 配偶者に次の収入がある場合には「有」に○印と金額を、ない場合には「無」に○印を付けて下さい。

		1ヶ月あたりの収入額 (税込)又は受給額	年 額
勤労収入 (パート・アルバイト等も含む)	有 <input checked="" type="radio"/> 無	○○,○○○ 円	○○○,○○○ 円
家賃収入	有 <input checked="" type="radio"/> 無	円	円
事業収入 (駐車場・不動産収入も含む)	有 <input checked="" type="radio"/> 無	円	円
その他の収入 ↓ ( )	有 <input checked="" type="radio"/> 無	円	円
国民年金	有 <input checked="" type="radio"/> 無	円	円
厚生年金	有 <input checked="" type="radio"/> 無	円	円
共済年金	有 <input checked="" type="radio"/> 無	円	円
企業年金	有 <input checked="" type="radio"/> 無	円	円
個人年金	有 <input checked="" type="radio"/> 無	円	円
障害者年金	有 <input checked="" type="radio"/> 無	円	円
恩 給	有 <input checked="" type="radio"/> 無	円	円
その他の年金 ↓ ( )	有 <input checked="" type="radio"/> 無	円	円
合 計		○○,○○○ 円	○○○,○○○ 円

\* その他の収入・その他の年金の( )内には、その内容を具体的にご記入ください。

4. 配偶者が2年以内に会社を退職された方は、雇用保険(失業保険)の受給状況をご記入ください。

・受給期間 平成・令和 年 月 日～平成・令和 年 月 日迄

・受給金額 日額 \_\_\_\_\_ 円 ・合計受給額 \_\_\_\_\_ 円

5. 配偶者は退職前の健康保険から傷病手当金を受けていましたか? 有りの場合には、具体的にご記入ください。

<有・無> \_\_\_\_\_

6. 配偶者の健康状況を、ご記入ください。また、通院されている場合には病名もご記入ください。

良好

7. 配偶者は公的な医療助成(心身障害者・難病医療・妊婦医療 等)を受けていますか?

「有」の場合は、具体的な助成内容を全てご記入ください。

<有・無> \_\_\_\_\_

8. 配偶者と別居されている方は、別居されている理由をご記入ください。

9. 被保険者(あなた)の現在お住まいの家屋について、該当する項目に○印を付けてください。

※「被扶養者状況届」が複数にわたる場合、この項目(NO9)は最初の1部にだけご記入ください。

(※ 家族名義・共有名義とは、「被保険者(あなた)からみて」とお考えください)

(※ 単身赴任の場合、帰省先のお住まいを対象としてください)

1. 被保険者の持家       2. 被保険者の持家 ローン中  
3. 家族名義の持家      4. 家族名義の持家 ローン中  
5. 共有名義の持家      6. 共有名義の持家 ローン中  
7. 賃貸住宅 (会社から天引されている場合には、天引きされている使用料をご記入ください)  
\* 3～6 に○印を付けられた方は、名義人全員のお名前をご記入ください。

名義人名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

名義人名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

名義人名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

年間のローン返済額 000,000 円      1ヶ月の賃貸料・使用料 \_\_\_\_\_ 円

10. 被保険者(あなた)の月収と生計援助額(配偶者を扶養する為に毎月の生活費として負担している金額)をご記入ください。

直近の1ヶ月以内の月収 000,000 円  
\* 被保険者(あなた)の給与明細「支給総額(税込)」の金額

生計援助額(月額) \_\_\_\_\_ 000,000 円 (別居の場合は送金額)

記載事実に相違ありません。事実に相違があった場合には、申請を取消し、保険給付も返還致します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

被保険者番号 700 - 7000

部署コード XXXXXXXX

部署名 XXXXXXXX

自宅住所 〒 150 - 0000

東京都渋谷区神南1-1

(\* 単身赴任の場合、帰省先の住所をご記入ください。)

被保険者氏名 健康 太朗



(貸与印でも可)

添付書類 該当する□にレ点チェックをし、該当する書類は全てご提出ください。  
(添付書類の原本は、申請日より3ヶ月以内のものをご添付ください。)

- 必須  被保険者(あなた)の「給与明細」(直近の1ヶ月以内)の写し ※一世帯につき1通
- 必須  配偶者の市区町村発行前年度「収入証明」原本 (\* 収入証明が出ない場合は、「課税(非課税)証明書」で金額が記載あるものの原本)
- 必須  世帯全員の「住民票」原本 (続柄・世帯主の記載のあるもの) ※一世帯につき1通
- 外国籍の方は、「記載事項証明書」の原本
- 配偶者の「給与明細」(申請日より遡った3ヶ月分)の写し (パート・アルバイト等で収入のある方)
- 配偶者の雇用保険(失業保険)の<支給終了>印のある「雇用保険受給資格者証」の写し  
(雇用保険(失業保険)の受給を終了されている方)
- 配偶者の「年金証書」の写し (年金受給のある方)  
\* 社会保険庁の事務処理の誤りにより、年金の過払い・未払いが発生しています。今回の年金調整により、本来の給付額が確定しますので、引き続き被扶養者となり得る方は、「本来の給付額」の証明をご添付ください。
- 年金振込の記載(直近)がある「通帳」の写し (年金受給のある方)
- 「障害者年金証書」の写し (障害者年金のある方)
- 「障害者手帳」(障害の等級がわかるページ)の写し (障害者年金のある方)
- 病気の場合、医師の「診断書」または「証明書」の原本

\* ご注意

- ・健康保険の被扶養者は、「主として被保険者により継続的に生計を維持されている方」が対象となります。
- ・被保険者による生計維持の確認は、提出書類により公平に行います。
- ・この扶養状況届に基づき、改めてご質問やその他の書類を提出して頂く場合がございますので、その節はご協力願います。