

扶養状況届 (両親・他)
(被扶養者一人につき一部ご提出ください)

【新規用】

被保険者(あなた)の

記号 - 番号 ○ - 7000 (健康保険証の番号をご記入ください) 続柄 母

被保険者氏名 健康 太朗 生年月日 大・昭・平・令 XX年 7月 7日 年齢 〇〇 歳

被扶養者氏名 健康 俣母 生年月日 大・昭・平・令 XX年 1月 1日 年齢 XX 歳

1. 被保険者(あなた)が扶養しなければならない理由(被扶養者の現在の生活状況も含めて)を、具体的にご記入ください。

パートを辞め、収入がなくなったため

2. (両親・他)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。

事業所名		記号・番号	<u>11111111</u>
保 名 称	<u>渋谷区</u>		
險 所在地	<u>東京都渋谷区宇田川町〇-〇-〇</u>		
者 電話番号	<u>03-111-1111</u>		

(↑ 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. (両親・他)が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. (両親・他)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. (両親・他)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・無> _____

6. (両親・他)は、公的な医療助成(心身障害・難病医療・ひとり親家庭等)を受けていますか？

「有」の場合には、具体的な助成内容を全てご記入ください。

<有・無> _____

7. (両親・他)と別居の方は、別居されている理由をご記入ください。

8. 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。

※「扶養者状況届」が複数にわたる場合、この項目(NO8)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 (会社から天引き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 〇〇〇,〇〇〇円 1ヶ月の賃貸料・使用料 _____ 円

9. (両親・他)の現在お住まいの家屋について、「前記8」の該当する項目の番号をご記入ください。

番号記入 _____

名義人名 _____ 続柄 _____ 名義人名 _____ 続柄 _____

年間のローン返済額 _____ 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(両親・他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 _____ 〇〇〇,〇〇〇 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) _____ 〇〇〇,〇〇〇 円 (別居の場合は送金額)

11. 被保険者(あなた)には、当健康保険組合に加入されていない配偶者は、いらっしゃいますか？

<有・無> 「有」の場合には、配偶者の直近の「収入証明」の原本をご添付ください。

記載事実に相違ありません。事実に相違が有った場合には、申請を取消し、保険給付も返還いたします。

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

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

必須 (両親・他)各々の市区町村発行前年度「収入証明」の原本

*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」の原本 (続柄・世帯主の記載のあるもの)

※一世帯につき1通

*別居の場合は「両親・他 の世帯全員の住民票」の原本 (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

(両親・他)の「戸籍謄本」の原本

(両親・他)の全ての「年金証書」の写し (年金の受給のある方)

* 社会保険庁の事務処理誤りにより、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」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 (年金の受給のある方)

(両親・他)の「障害者年金証書」の写し (年金の受給のある方)

「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)

病気の場合は、医師の「診断書」または「証明書」の原本

別居の方で、送金がある場合は、「送金を確認できる書類」
(申請日より溯った3ヶ月分の通帳の写し 等)

(両親・他)の給与明細(申請日より溯った3ヶ月分)の写し (パート・アルバイト等で収入のある方)

公的年金等の「源泉徴収票」の写し

「介護保険要介護認定・要支援認定等結果通知書」の写し (介護保険を受けられている方)

被保険者(あなた)の配偶者が当健保組合に加入されていない場合は、
配偶者の 直近の「収入証明」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。