

扶養認定対象者状況届

申請される方の収入や生活実態、被保険者の経済的扶養能力等を総合的に審査の上扶養認定の可否を決定するための補足資料です。
18歳以上の方の扶養申請をするときに「健康保険被扶養者（異動）届」と市町村長の発行する「所得証明書」、必要添付書類とともにご提出ください。
扶養者認定以外の目的に使用することはありませんので、該当するすべての項目についてご記入ください。

| | | | | |
|---------------|--------|----|-----|----|
| 提出日 | 年 月 日 | | | |
| 被保険者等 記号番号 | 被保険者氏名 | | | |
| 認定対象者 | 氏名 | 年齢 | 満 歳 | 続柄 |

(1) 今までの健康保険加入状況について

| | | | |
|---------|---|------|-----------------|
| 健康保険の種類 | 1. 協会けんぽ（全国健康保険協会） 2. 組合健康保険 3. 国民健康保険 4. その他（共済組合・無保険など） | 加入区分 | 1. 被保険者 2. 被扶養者 |
|---------|---|------|-----------------|

(2) 扶養申請の理由

| | |
|--|------------------------|
| 1. 被保険者の資格取得に伴う | |
| 2. 婚姻のため | 入籍日 年 月 日 |
| 3. 離職し、現在無収入であるため | 離職日 年 月 日 勤務先 離職理由 () |
| 4. 雇用保険の失業給付受給が終了（期間が満了）したため | 終了（満了）日 年 月 日 |
| 5. 失業給付受給を延長中であるため | 延長開始日 年 月 日 延長理由 () |
| 6. 年間収入（見込み）が130万円未満の為（60歳以上及び障害厚生年金受給者は180万円未満） | |
| 7. その他の理由（具体的かつ詳細に記入） | () |

(3) 収入状況について ※収入状況を証明する書類を添付してください。

| | | | |
|------------------------|---|--------------------------------------|---|
| 1. 現在無職・無収入である | | | |
| 2. 収入がある（年間収入（見込額）を記入） | | | |
| 給与収入（パート・アルバイト等） | 円 | 傷病手当金・出産手当金 | 円 |
| 不動産収入（土地・家屋の賃貸等） | 円 | 休業補償（労災保険） | 円 |
| 事業収入（自営業・農業・漁業・林業等） | 円 | その他 内容 () | 円 |
| 公的年金等収入 | | 雇用保険求職者給付（基本手当等） | |
| 老齢年金 | 円 | <input type="checkbox"/> 受給中 | |
| 障害年金 | 円 | <input type="checkbox"/> 申請中 年 月頃 | |
| 遺族年金 | 円 | ※日額3,612円以上は受給開始時に扶養から外します | |
| 企業年金 | 円 | <input type="checkbox"/> 今後申請予定 年 月頃 | |
| 個人年金 | 円 | <input type="checkbox"/> 受給終了 | |
| その他 内容 () | 円 | <input type="checkbox"/> 受給しない | |
| | | <input type="checkbox"/> 受給資格なし | |
| 利子・配当収入 | 円 | | |

(4) 認定対象者の方の生活状況について

| | | | | | |
|---------------------------------|-----------------|----|-----|-----------|--------------------|
| 1. 被保険者が全面的に負担 | | | | | |
| 2. 被保険者が一部負担または被保険者以外の人に扶養されている | 被保険者 | 月額 | 円負担 | 別居の場合送金方法 | 1. 銀行振込 2. 現金書留 |
| | 認定対象者の方との続柄 () | 月額 | 円負担 | | |
| | 認定対象者の方との続柄 () | 月額 | 円負担 | | |

(5) 認定対象者の方の配偶者について ※被保険者の配偶者を申請する場合は記入不要です。

| | | | |
|--------|----------------|----------------|--|
| 配偶者の有無 | 1.あり →配偶者の年収 円 | 配偶者が加入している健康保険 | 1. 国民健康保険 2. 健康保険（組合健保・協会けんぽ） 3. 共済組合 4. 後期高齢者医療制度 5. その他 () |
| | 2.なし | | |

(6) その他家族の状況

同居・別居を問わず、被保険者の父母・配偶者・子・兄弟姉妹・義父母申請の時は配偶者の父母）について記入してください。

| 氏名 | 続柄 | 年齢 | 職業 | 年収 | 同居・別居 | 居住地 |
|----|----|----|----|----|-------|-----|
| | | | | 円 | | |
| | | | | 円 | | |
| | | | | 円 | | |
| | | | | 円 | | |
| | | | | 円 | | |

| 氏名 | 続柄 | 年齢 | 職業 | 年収 | 同居・別居 | 居住地 |
|----|----|----|----|----|-------|-----|
| | | | | 円 | | |
| | | | | 円 | | |
| | | | | 円 | | |
| | | | | 円 | | |
| | | | | 円 | | |

(7) 被保険者の誓約

この届出に記入した状況は上記の通り相違ありません。
事実と異なる内容があった場合には、認定日に遡り被扶養者の資格を取り消し、ならびに保険給付や補助金等に関する返還請求に応じます。
認定以降、収入増など扶養状況に変更があった場合は速やかに扶養取り消しの手続きを行います。

日付 年 月 日

被保険者氏名（自署）