

# 扶養状況届

記入日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

※申請被扶養者一人につき一枚ご提出ください。 ※全ての項目に空欄のないよう記入してください。

被保険者	氏名	健保 太郎	保険証 記号 番号	000 ----- 0000	被保険者と 申請被扶養者は	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
申請 被扶養者	氏名	健保 花子	続柄	妻	生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 (記入日現在〇〇歳)

申請理由	<input type="checkbox"/> 被保険者の入社 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 収入の減少 <input type="checkbox"/> 任継資格喪失 <input type="checkbox"/> 自営業廃業 <input type="checkbox"/> 雇用保険等の受給終了 <input type="checkbox"/> 退職(雇用保険は <input type="checkbox"/> 受給する <input type="checkbox"/> 受給しない <input type="checkbox"/> 延長申請 <input type="checkbox"/> 受給権なし) <input type="checkbox"/> その他( )					
	申請理由発生日 令和〇〇年〇〇月〇〇日					
被扶養者が 今まで加入 していた 健康保険	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他					
	健康保険名	〇〇〇〇〇〇〇組合				
	資格	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 <input type="checkbox"/> 健康保険未加入				
被扶養者 現在の 収入	前年の収入 2,500,000 円		今年の今までの収入 900,000 円			
	現在の 生活費	<input type="checkbox"/> 本人の収入で何とかやっている <input type="checkbox"/> 全般的に被保険者が負担している <input type="checkbox"/> 本人の収入と被保険者の負担でやっている <input type="checkbox"/> 被保険者以外にも負担している人がいる				
		被保険者の負担額		円/月 (直近3ヶ月平均)		
被扶養者の 今後の 収入	就労状況	<input type="checkbox"/> 学生(収入なし) <input type="checkbox"/> 学生(収入あり) <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 求職活動中 <input type="checkbox"/> 家事(収入なし) <input type="checkbox"/> 家事(収入あり) <input type="checkbox"/> 自営業(業種: ) <input type="checkbox"/> 無職(その理由: )				
	今後1年間の推定収入(含アルバイト・年金・雇用保険・利子等) 900,000 円					
被扶養者 から見た ご家族	申請被扶養者からみた被保険者以外の家族(除18歳未満)はいらっしゃいますか? <input type="checkbox"/> 配偶者( <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居) <input type="checkbox"/> 子供( <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居) <input type="checkbox"/> 父親( <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居) <input type="checkbox"/> 母親( <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居) <input type="checkbox"/> 義父( <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居) <input type="checkbox"/> 義母( <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居) <input type="checkbox"/> 兄姉( <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居) <input type="checkbox"/> 弟妹( <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居) <input type="checkbox"/> その他同居の家族(続柄: )					
誓約 (18歳未満 記入不要)	上記内容に間違いなく、今後長期にわたりこの状況が続きます。 収入が扶養の基準を超える場合、あるいは健康保険の資格を取得する場合は速やか にお届けすることを誓約いたします。 申請被扶養者氏名(自筆) <u>健保 花子</u> <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">健保</span>					