

被扶養者調書

被保険者	記号 番号	被保険者 氏名	(フリガナ)	所属 店舗名	年間収入額 (見込)	万円
★以下は申請される方1名につき1枚ご記入ください。						
申請対象者氏名 (以下「対象者」)	(フリガナ)	被保険者との続柄	生年月日(昭和・平成・令和)			年齢
現住所	〒		年	月	日	同居・別居
★「対象者」について、当該事項のいずれかに○をし、記入漏れのないようにしてください。						
【1】 申請理由 (複数回答可)	1 被保険者が入社	6 雇用保険(失業手当)受給終了 (令和 年 月 日終了)				
	2 会社を退社 (令和 年 月 日退社)	7 自営の廃業 (令和 年 月 日廃業)				
	3 結婚 (令和 年 月 日入籍)	8 その他(詳細を記入してください。)				
	4 収入の減少 (令和 年 月 日から)	※「任意継続喪失証明書」を添付				
	5 任意継続資格喪失 (令和 年 月 日喪失)					
※対象者が「被保険者と別居」「被保険者との続柄が兄弟姉妹・孫」の場合、扶養するに至る理由を明記して下さい。						
【2】 今まで加入していた、 もしくは現在加入して いる医療保険制度に ついて記入してください。	(1) 医療保険制度の種類					
	1 国民健康保険 (市区町村名 )	4 協会けんぽ (支部名 )				
	2 健康保険組合 (組合名 )	5 共済・船員 (組合名 )				
【3】  就 労 状 況 に つ い て	(1) 1年以上無職ですか はい・いいえ					
	(2) 1年以内に退職ですか 「はい」の場合 今までの勤務先 ( ) 「いいえ」の場合 「いいえ」の場合 退職日 (令和 年 月 日)					
	(3) (2)で「はい」の場合、雇用保険の状況を記入してください。					
	雇用保険の状況 1. 失業給付を受給する予定 2. 失業給付を受給しない 3. 雇用保険の適用除外者 ※雇用保険未加入であった証明が必要となります 4. 失業給付の受給期間延長中 5. 失業給付の受給終了《受給終了印のある雇用保険受給資格者証(写)》を添付 6. 失業給付中で基本日額が3,612円(60歳以上は5,000円)未満					
	(4) 現在就労中ですか 勤務先名 ( ) (パート・アルバイト含む) 今後の月間収入見込額 ( )円 ※「直近3カ月分の給与明細(写)」を添付					
	(5) 自営業を廃業 職種 廃業日 令和 年 月 日《廃業届(写)》を添付					
	(6) 自営業を開業中 職種 今後の年間売り上げ ( )円					
	(7) 大学・専門学校へ在籍されていますか はい・いいえ ※「はい」の場合《在学証明書(写)》を添付					
【4】 対象者の収入 の有無	(1) 現在または今後収入はありますか。					
	はい・いいえ ※右の内訳も記入 年間合計(予定)額 ( )万円	内 訳	雇用保険(失業手当) なし・あり (日額 )円 令和 年 月 日まで・待機期間中	出産手当金 なし・あり (日額 )円 令和 年 月 日まで	傷病手当金 なし・あり (日額 )円 令和 年 月 日まで	年金 なし・あり ( )円(年額 )万円 ※年金は、遺族・障害・恩給・基金・労災補償等を含む
【5】対象者は所得税上 の扶養控除対象者 となりますか。	はい・いいえ	「いいえ」の場合 理由: イ.収入が103万以上 □.その他 ( ) ハ.他の者の扶養家族 扶養している者の氏名 ( ) 認定対象者との関係( )				
		「別居」の場合は仕送り証明が必要です。《送金事実の証拠となる書類》を添付。 注) 仕送りは「認定対象者」の年収額以上が必要です。手渡しは認められません。 ・被保険者から認定対象者に対する仕送り額 : 1ヶ月の仕送り金額 (月額 )円 : 1年間の仕送り金額 (年額 )円				
★【7】～【9】は別居の家族を扶養に入れる場合ご記入下さい。						
【7】 対象者に配偶者は いますか	はい・いいえ	「はい」の場合 ※配偶者の年収額証明書の提出が必要です。 配偶者の氏名 ( ) 配偶者の年収額 ( )万円				
		「いいえ」の場合 理由: 未婚・離婚・死別 死別の場合 《遺族年金⇒ある・なし》 ※ある場合 《年金通知書(写)》を添付				
★認定対象者が配偶者以外のときは下記にも記入して下さい。						
【8】対象者と同居の家族 (被保険者以外)は いますか	はい・いいえ	「はい」の場合は扶養できない理由を詳しく記入				
【9】 対象者の家族構成を 被保険者以外全て記入し てください。	※続柄は対象者から見たものを記入					
	氏名	続柄	年齢	同居別居	年間収入額	援助額
					万円	万円
※扶養出来ない理由(詳しく)						
				万円	万円	
※扶養出来ない理由(詳しく)						
上記の通り、相違ありません。認定後、事実と相違していることが判明した場合は、被扶養者の抹消、給付の停止、医療費の返還請求にも速やかに応じます。				備考	※必ず□にチェックを入れて申請して下さい。	
令和 年 月 日 被保険者氏名				確認欄	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。	