三菱自動車健康保険組合　理事長殿

記入日：令和　　年　　月　　日

# 扶養状況届

※高校生以下の子は提出不要です。
※記入漏れがある場合は、審査が行えず認定日が遅れることがあります。

| 認定対象者氏名 | 年齢 | 被保険者との続柄 | 居住状況 |
|---|---|---|---|
| | 才 | □配偶者<br>□ 子　→（□学生　・□学生以外）<br>□上記以外 →（続柄　　） | □同居<br>□別居 |

**4.は配偶者及び子（学生証添付）を扶養申請する場合は記入不要です。**

| | |
|---|---|
| 1.　扶養申請する理由 | □被保険者の資格取得(入社)による　□失業給付の受給が終わった<br>□結婚した　□収入が減少した<br>□退職した<br>□その他　→（　　） |
| 2.　これまで加入していた健康保険について | □①国民健康保険　□③被保険者以外の被扶養者<br>□②勤務先の健康保険　□④退職後の任意継続健康保険<br>※①～④の健康保険加入日を記入→（令和　　年　　月　　日） |
| 3.　収入について<br>①～⑦すべてについて記入して下さい | ①ﾊﾟｰﾄ･ｱﾙﾊﾞｲﾄ等の給与収入(交通費･各手当含む)　□有（　　円／月）<br>※有の場合は雇用内容証明書を添付　□無<br>②雇用保険失業給付<br>□無　理由を記入のこと<br>失業給付がない理由（　　）<br>□受給中<br>□受給予定（　年　月　日～）<br>□受給終了（　年　月　日）<br>受給中･受給予定･受給終了の場合は受給資格者証(写)添付のこと<br>□申請予定（　年　月）<br>□受給期間延長予定<br>受給期間延長の場合、延長の理由<br>□妊娠･出産･育児　出産(予定)日：令和　　年　　月　　日<br>□本人の病気･ケガ<br>□親族の看病･介護<br>□その他　(理由： |
| 扶養認定の収入限度額<br>＊60才未満<br>130万円未満／年<br>(108,334円未満／月)<br>( 3,612円未満／日)<br>＊60才以上及び障がい者<br>180万円未満／年<br>(150,000円未満／月)<br>( 5,000円未満／日) | ③休業補償　□有（　　円／給付日額）<br>(出産手当金･傷病手当金･休業損害補償等)<br>※有の場合は金額が判明する書類(写)を添付　□無<br>④年金･恩給等の受給　□有（　　円／月）<br>老齢･障がい･恩給･その他(　　)<br>※有の場合は年金の種類に○を付し金額が判明する書類(写)を添付　□無<br>⑤遺族年金の受給　□有（　　円／月）<br>※有の場合は金額が判明する書類(写)を添付　□無<br>※無の場合で配偶者と死別されている方は遺族年金を受給できない理由を必ず記載してください<br>（　　）<br>⑥自営業･農業収入･不動産所得･株式売買等　□有（　　円／月）<br>(有の場合：詳細　　)<br>※有の場合は確定申告書(写)を添付　□無<br>⑦上記①～⑥以外その他の収入　□有（　　円／月）<br>(詳細を記入　　)<br>※有の場合は収入内容が確認できるものを添付　□無 |

| | |
|---|---|
| 4.　扶養するに至った事情<br>※生活状況調査票もご提出ください。 | 今までの生活状況と今後の生活の見通し<br>(誰からの援助で生活していたのか、今後扶養認定基準以上の収入が見込めない理由もお書きください) |

【※1】認定対象者の配偶者が「有」の場合は、配偶者の最新の所得証明書又は非課税証明者の添付が必要となります。
また、収入が「有」の場合は収入の内容が確認できる証明書や通知書等の添付も必要となります。

【※2】被保険者と認定対象者が別居の場合は送金証明3ヶ月分の添付が必要です。
なお、送金証明は今後健保が依頼したときに速やかに提出できるように保管願います。
注　その他必要に応じて別の書類をご提出いただく場合があります。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 誓約書 | **記載内容は事実に相違ありません。事実と相違があった場合には、遡って認定を取消されても異議申し立て致しません。<br>なお、認定基準に該当しなくなった場合は、速やかに被扶養者(削除)の届出をいたします。<br>また、認定取消や届出遅延によりその間の医療費及び保険給付費等が発生した時は全額返還いたします。** | | | |
| | 健康保険証の記号番号 | 記号 | 被保険者署名 | |
| | | 番号･枝番　・ | | |

20210601

三菱自動車健康保険組合 御中

# 生活状況調査票

※配偶者及び学生の子以外を扶養申請される場合は必ずご提出ください。
記入の内容によって生計維持を判断致しますのでなるべく詳細にご記入ください。

| 被保険者等記号 | | 番号枝番 | | 被保険者　氏名 | |
|---|---|---|---|---|---|
| 認定対象者氏名 | | | | 居住状況 | 認定対象者の配偶者の有無 【※1】 |
| | | | | □同居<br>□別居 | □ 無　（□未婚 □離別 □死別）<br>□ 有　（配偶者の収入 □有 □無） |

1．認定対象者世帯及び別居で、認定対象者の生活費を負担されている方全員についてご記入ください。

| 氏名 | 年齢 | 続柄 | 認定対象者との居住状況【※2】 | 生活費負担額 |
|---|---|---|---|---|
| 認定対象者 | | | 同居・別居 | ※　収入額と同額 |
| 被保険者 | | 本人 | 同居・別居 | A　円 |
| | | | 同居・別居 | |
| | | | 同居・別居 | 円 |
| | | | 同居・別居 | 円 |
| | | | 同居・別居 | 円 |
| | | | 同居・別居 | 円 |
| | | | 同居・別居 | 円 |

※扶養状況届の３．収入について　に記入いただいた額と同額となります。

2．認定対象者世帯一ヶ月の生計費（支出）についてご記入ください。項目に不足があれば適宜ご追加ください。

・**認定対象者と同居の場合**は、被保険者世帯全員分の生計費を「世帯全員の生計費」に記入してください。
「世帯全員の生計費」のうち、「**認定対象者に対して被保険者が負担**している額」を記入してください。

・**認定対象者と別居の場合**は、認定対象者世帯全員分の生計費を「世帯全員の生計費」に記入してください。
「認定対象者に対して被保険者が負担している額」の記入は不要です。（別途送金証明3ヶ月分が必要となります）

| 項目 | 世帯全員の生計費 | 認定対象者に対して被保険者が負担している額 |
|---|---|---|
| ・家賃（ローン等も含む） | 円/月 | 円/月 |
| ・食費 | 円/月 | 円/月 |
| ・水道光熱費 | 円/月 | 円/月 |
| ・通信費（電話等） | 円/月 | 円/月 |
| ・医療費 | 円/月 | 円/月 |
| ・ | 円/月 | 円/月 |
| ・ | 円/月 | 円/月 |
| ・ | 円/月 | 円/月 |
| ・ | 円/月 | 円/月 |
| ・ | 円/月 | 円/月 |
| ・ | 円/月 | 円/月 |
| ・ | 円/月 | 円/月 |
| ・ | 円/月 | 円/月 |
| ・ | 円/月 | 円/月 |
| **合計** | **円/月** | **Aと同額　円/月** |