

### 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

**この扶養状況届は、被保険者との続柄『子(18歳以下)』以外の方は必ず提出してください。**

認定対象者氏名 <b>三菱 はなえ</b>	<b>扶養家族として申請したい方についてご記入ください。</b>	年齢 <b>25</b> 才	被保険者との続柄 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 子 → ( <input type="checkbox"/> 学生 <input checked="" type="checkbox"/> 学生以外 ) <input type="checkbox"/> 上記以外 → (続柄 )	居住状況 <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
--------------------------	----------------------------------	-------------------	---	---

**4.は配偶者及び学生の子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	<input type="checkbox"/> 被保険者の資格取得(入社)による <input type="checkbox"/> 結婚した <input checked="" type="checkbox"/> 退職した <input type="checkbox"/> その他 → { }	<input type="checkbox"/> 失業給付の受給が終わった <input type="checkbox"/> 収入が減少した
2. これまで加入していた健康保険について	<input type="checkbox"/> ①国民健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> ②勤務先の健康保険 <input type="checkbox"/> ③被保険者以外の被扶養者 <input type="checkbox"/> ④退職後の任意継続健康保険 ※①～④の健康保険加入日を記入→(平成 <b>26</b> 年 <b>4</b> 月 <b>1</b> 日)	
3. 収入について ①～⑦すべてについて記入して下さい	<input type="checkbox"/> 有 ( 円/月 ) <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	※有の場合は雇用内容証明書を添付 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	②雇用保険失業給付 <input type="checkbox"/> 無 理由を記入のこと 失業給付がない理由 { } <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 受給予定 ( 年 月 日～ ) <input type="checkbox"/> 受給終了 ( 年 月 日 ) <input checked="" type="checkbox"/> 申請予定 ( <b>H28</b> 年 <b>5</b> 月 ) <input type="checkbox"/> 受給期間延長予定 受給期間延長の場合、延長の理由 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産・育児 出産(予定)日: 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 本人の病気・ケガ <input type="checkbox"/> 親族の看病・介護 <input type="checkbox"/> その他 (理由: )	
扶養認定の収入限度額	③休業補償 (出産手当金・傷病手当金・休業損害補償等) <input type="checkbox"/> 有 ( 円/月 ) <input checked="" type="checkbox"/> 無 ※有の場合は金額が判明する書類(写)を添付	
*60才未満 130万円未満/年 (108,334円未満/月) ( 3,612円未満/日 )	④年金・恩給等の受給 (老齢・障がい・恩給・その他) <input type="checkbox"/> 有 ( 円/月 ) <input checked="" type="checkbox"/> 無 ※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	
*60才以上及び障がい者 180万円未満/年 (150,000円未満/月) ( 5,000円未満/日 )	⑤遺族年金の受給 <input type="checkbox"/> 有 ( 円/月 ) <input checked="" type="checkbox"/> 無 ※有の場合は金額が判明する書類(写)を添付 ※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	
	⑥自営業・農業収入・不動産所得・株式売買等 <input type="checkbox"/> 有 ( 円/月 ) <input checked="" type="checkbox"/> 無 (有の場合:詳細) ※有の場合は確定申告書(写)を添付	
	⑦上記①～⑥以外その他の収入 (詳細を記入) <input type="checkbox"/> 有 ( 円/月 ) <input checked="" type="checkbox"/> 無 ※有の場合は収入内容が確認できるものを添付	

**失業した方の雇用の安定と就職促進のための給付です。『無』の方は理由も記入**

**ハローワークに出頭し、受給する予定をご記入ください。受給延長される場合はその理由もご記入ください。**

**妊娠・出産により退職され、受給延長される場合は出産予定日もご記入ください。出産予定日と退職日によっては③の休業補償のうち出産手当金が支給される場合があります。**

**所得証明書に「給与収入」以外の収入がある場合所得証明書の他に確定申告書(写)一式ご提出いただくことがありますのでご了承ください。**

4. 扶養するに至った事情	今までの生活状況と今後の生活の見通し (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)  <b>退職までは自活していた。大学院進学を希望しており、受験勉強に専念する。そのため、アルバイトをする予定もないため、父である太郎が生活費の負担することとなったため。</b>
---------------	--

※生活状況調査票もご提出ください。

【※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書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。

内容は事実と相違ありません。事実と相違があった場合には、遑って認定を取消されても異議申し立て致しません。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。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することを誓約いたします。	
記号 <b>111</b>	被保険者署名・捺印 <b>三菱 太郎</b>
記号番号 <b>222222・00</b>	印 

**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。

保険証の記号	111	保険証の番号・枝番	22222・00	被保険者 氏名	三菱 太郎
認定対象者氏名			三菱 はなえ	居住状況	認定対象者の配偶者の有無【※1】
				<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ( <input checked="" type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別 ) <input type="checkbox"/> 有 ( 配偶者の収入 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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	25	子	<input checked="" type="checkbox"/> 同居・別居	※ 収入額と同額
被保険者	52	本人	<input checked="" type="checkbox"/> 同居・別居	A 54,500 円
三菱 花子	50	妻	<input checked="" type="checkbox"/> 同居・別居	30,000 円
			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

- ・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」のうち、「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。
- ・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」のうち、「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。

**世帯全員の生計費を世帯員数で割ると一人当たりの生活費の目安としてください。なお、認定対象者だけにかかる費用があれば世帯全員の額＝認定対象者に対して負担している額としても結構です。**

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）	0	円/月	0	円/月
・食費	120,000	円/月	40,000	円/月
・水道光熱費	20,000	円/月	6,500	円/月
・通信費（電話等）	30,000	円/月	8,000	円/月
・医療費	5,000	円/月	0	円/月
・ (項目は適宜追加してご記入ください。)		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
<b>合計</b>	<b>175,000</b>	<b>円/月</b>	<b>Aと同額</b>	<b>54,500 円/月</b>