

扶養状況届（子 供） 【新規用】
(お子様一人につき一部ご提出ください)

被保険者(あなた)の
記 号 - 番 号 _____ 続 柄 _____

被保険者氏名 _____ 生年月日 大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年 齢 _____ 歳

子供の氏名 _____ 生年月日 昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年 齢 _____ 歳

1. 被保険者(あなた)が扶養しなければならない理由(子供の現在の生活状況も含めて)を、具体的にご記入ください。
- _____
2. 子供が現在加入されている健康保険についてご記入ください。

保 険 者	事業所名	_____	記号・番号	_____
	名 称	_____		
	所在地	_____		
	電話番号	_____		

(↑ 保険者とは、社会保険事務局・各 健康保険組合・共済組合・国民健康保険 等です。)

3. 子供に次の収入がある場合には「有」に○印と金額を、ない場合には「無」に○印を付けて下さい。

		1ヶ月あたりの収入額 (税込)又は受給額	年 額
勤労収入 (パート・アルバイト等も含む)	有・無	円	円
家賃収入	有・無	円	円
事業収入 (駐車場・不動産収入も含む)	有・無	円	円
その他の収入 ↓	有・無	円	円
()			
障害者年金	有・無	円	円

＊ その他の収入()内には、その内容を具体的にご記入ください。

4. 子供が2年以内に会社を退職された方は、雇用保険(失業保険)の受給状況をご記入ください。

・受給期間 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日迄

・受給金額 日額 _____ 円 ・合計受給額 _____ 円

5. 子供は退職前の健康保険から傷病手当金を受けていましたか？有の場合には、具体的にご記入ください。

< 有 ・ 無 > _____

6. 子供の健康状況を、ご記入ください。また、通院されている場合には、病名もご記入ください。

7. 子供は公的な医療助成（乳幼児・小児慢性疾患・心身障害者・難病・妊婦・ひとり親家庭 等）を受けていますか？
「有」の場合には、具体的な助成内容を全てご記入ください。

< 有 ・ 無 > _____

8. 子供と別居されている方は、別居されている理由をご記入ください。

9. 被保険者(あなた)の現在お住まいの家屋について、該当する項目に○印を付けてください。

(※「扶養者状況届」が複数にわたる場合、この項目(№9)は最初の一部にだけご記入ください。

(※家族名義・共有名義とは、「被保険者(あなた)からみて」とお考えください)

(※単身赴任の場合、帰省先のお住まいを対象としてください)

- | | |
|--|-----------------|
| 1. 被保険者の持家 | 2. 被保険者の持家 ローン中 |
| 3. 家族名義の持家 | 4. 家族名義の持家 ローン中 |
| 5. 共有名義の持家 | 6. 共有名義の持家 ローン中 |
| 7. 賃貸住宅 (会社から天引きされている場合には、天引きされている使用料をご記入ください) | |
| * 3～6 に○印を付けられた方は、名義人全員のお名前をご記入ください。 | |

名義人名 _____ 続 柄 _____

名義人名 _____ 続 柄 _____

名義人名 _____ 続 柄 _____

年間のローン返済額 _____ 円 1ヶ月の賃貸料・使用料 _____ 円

10. 被保険者(あなた)の月収と生計援助額(子供を扶養する為に毎月の生活費として負担している金額)をご記入ください

直近の1ヶ月以内の月収 _____ 円
* 被保険者(あなた)の給与明細「支給総額(税込)」の金額

生計援助額(月額) _____ 円 (別居の場合は送金額)

11. 被保険者(あなた)には、当健康保険組合に加入されていない配偶者は、いらっしゃいますか？ < 有 ・ 無 >

* 「有」の場合には、配偶者の直近の「収入証明」の原本をご添付ください。

記載事実に相違ありません。事実に相違があった場合には、申請を取消し、保険給付も返還致します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

被保険者番号 _____

部署コード _____

部署名 _____

自宅住所 〒 _____

(単身赴任の場合は、帰省先の住所をご記入ください。)

被保険者氏名 _____ 印 (貸与印でも可)

添付書類 該当する□にレ点チェックをし、該当する書類は、全てご提出ください。
(添付書類の原本は、申請日より3ヶ月以内のものをご添付ください。)

- 必須 ☐ 被保険者(あなた)の「給与明細」(直近の1ヶ月以内)の写し ※一世帯につき1通
- 必須 ☐ 世帯全員の「住民票」原本(続柄・世帯主の記載のあるもの) ※一世帯につき1通
- ☐ 外国籍の方は、「記載事項証明書」の原本
- ☐ 16歳以上で、学生の場合は、「在学証明書」の原本
《高校(全日制・定時制)、大学(一部・二部)、大学院、専門学校 等の在籍者 全員》
- ☐ 子供の市区町村発行前年度「収入証明」の原本 (*収入証明が出ない場合は、「課税(非課税)証明書」で金額が記載あるものの原本)
《高校(全日制・定時制)、大学(一部・二部)、大学院、専門学校 等の在籍者 全員》
- ☐ 子供の「給与明細」(申請日より溯った3ヶ月分)の写し (パート・アルバイト等で収入のある方)
- ☐ 子供の雇用保険(失業保険)の<支給終了>印のある「雇用保険受給資格者証」の写し
(雇用保険(失業保険)の受給を終了されている方)
- ☐ 子供の「障害者年金証書」の写し (障害者年金のある方)
- ☐ 「障害者手帳」(障害の等級がわかるページ)の写し (障害者年金のある方)
- ☐ 病気の場合は、「医師の診断書」または「証明書」の原本
- ☐ 別居の方で、送金がある場合は、「送金を確認できる書類」
(申請日より溯った3ヶ月分の通帳の写し 等)
《 但し、高校(全日制)、大学(一部)、大学院の在籍者の場合は必要ありません》
- ☐ 被保険者(あなた)の配偶者が当健保組合に加入されていない場合は、
配偶者の直近の「収入証明」の原本

* ご注意

- ・健康保険の被扶養者は、「主として被保険者により継続的に生計を維持している方」が対象となります。
- ・被保険者による生計維持の確認は提出書類により公平に行います。
- ・この扶養状況届に基づき、改めてご質問やその他の書類を提出して頂く場合がございますので、その節はご協力ください。

被保険者番号 ー

被保険者氏名