

被扶養者状況調査書

※扶養認定に基づく重要な書類です。正確にご記入ください。
申請対象者が18才以上の場合は、被扶養者異動届と合わせて提出してください

提出年月日 令和 年 月 日

被保険者について	記号	被保険者氏名と印	(フリガナ)	
	番号			

下記のとおり、私の被扶養者として申請します

申請対象者氏名	(フリガナ)	続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
現住所	〒	被保険者と同居・別居の別	同居・別居	年齢	歳		

★当該事項のいずれかに○をし、全ての設問について記入箇所は漏れのないようにしてください

申請対象者に ついて 記入 し て く だ さ い	1. 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						
	(I) 医療保険制度の種類 a. ()健康保険組合(任意継続保険加入の場合も含む) d. 共済組合 () b. 協会けんぽ()支部(任意継続保険加入の場合も含む) e. 未加入 (年 月 から未加入) c. 国民健康保険 (II) 被保険者・被扶養者の別 (被保険者 ・ 被扶養者) (III) 資格喪失年月 [令和 年 月 日] ※任意継続保険を資格喪失した場合【任意継続被保険者資格喪失証明書】を添付						
	2. 申請対象者に配偶者はいますか ※申請対象者が『配偶者』の場合は記入不要です いいえ ・ はい ※申請対象者が『親』の場合で、配偶者がご健在の方は、配偶者の収入証明を添付 「いいえ」の場合、その理由等を記入してください 理由 [未婚 ・ 離婚 ・ 死亡] 発生年月日 [昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日] 理由が死亡の場合[遺族年金 → あり ・ なし]						
	3. 現在、または今後、収入はありますか いいえ ・ はい (現在 ・ 今後) 年間合計収入額 (円) 注)収入が右記の合計で、月額108,334円(日額3,612円、60才以上・障害年金該当の方は月額150,000円、日額5,000円)以上あるときは、認定できません。 ※「はい」の場合、添付書類一覧を確認いただき、書類添付してください。		収入の種類・内訳	雇用保険(失業給付)		はい ・ いいえ	
				出産手当金		はい ・ いいえ	
				傷病手当金		はい ・ いいえ	
				年金		はい ・ いいえ	
		その他		なし	あり	配当・利子・家賃収入・パート・アルバイト その他収入() (月額 円)もしくは(年額 円)	
4. 被保険者本人(以下、「あなた」と申請対象者が別居されている場合、あなたは申請対象者に毎月どの程度の生活費を援助していますか ※申請対象者が『18歳 1ヶ月の仕送り金額 (月額 円) 注)仕送りは「申請対象者」の年収額以上が必要となります。 未満の子』の場合、記載不要です 1年間の仕送り額 (年額 円) 送金事実の証拠となる書類 ※銀行振込もしくは現金書留(写)添付							
5. 申請対象者に、あなた以外の同居の家族はいますか ※申請対象者が『配偶者』の場合は記入不要です ※「はい」の場合、申請対象者と同居家族との続柄と同居家族が扶養できない理由を記入してください。 いいえ ・ はい 続柄:() 理由:							
6. 申請対象者に優先扶養義務者がいないかを確認するため、ご家族(配偶者、親、兄弟姉妹等)の情報を記入してください 注)申請対象者が、あなたの実親の場合、あなたの兄弟姉妹等、配偶者の親であれば配偶者含め配偶者の兄弟姉妹等を記入してください							
氏名		続柄	年齢	年収	同別居	住所	援助の有無
				万円	同・別		有(年額 万円)・無
				万円	同・別		有(年額 万円)・無
				万円	同・別		有(年額 万円)・無
7. 今回、『申請対象者』を扶養しなければならない理由および、「6」で記入した家族の方が『申請対象者』を扶養できない理由を詳しく記入してください							

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。

令和 年 月 日

被保険者氏名