

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。
申請対象者が高校卒業後の場合は、被扶養者異動届と合わせて提出してください(1人につき1枚必要)

提出年月日 令和 年 月 日

被保険者 氏名			
------------	--	--	--

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		続 柄	
--------------	--	-----	--

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. 直近で加入していた、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) ※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				「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			収入 の 種 類 ・ 内 訳	雇用保険 (失業給付)		受給中 ・ 受給予定	
	いいえ ・ はい (現在 ・ 今後)				出産手当金		受給中 ・ 受給予定	
	↓ 「はい」の場合、右記の該当するものに○をしてください。 収入が右記の合計で、月額108,334円(日額3,612円)以上あるときは、認定できません。 ※60才以上の方、障害年金を受給されている方は、月額150,000円(日額5,000円)以上あるときは認定できません。				傷病手当金		受給中 ・ 受給予定	
					年 金 (個人年金含む)		受給中 ・ 受給予定	
					その他		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. 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							
■申請対象者が実父母の場合 ⇒ あなたの兄弟姉妹等を記入 ■申請対象者が義父母の場合 ⇒ 配偶者含め配偶者の兄弟姉妹等を記入 ■申請対象者が子供の場合 ⇒ あなたの配偶者を記入 ■申請対象者が兄弟姉妹の場合 ⇒ あなたの両親、兄弟姉妹等を記入 ※申請対象者が配偶者の場合は記入不要です								
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	
				万円	同 ・ 別		有(年額 万円) ・ 無	
5. あなたが申請対象者を扶養しなければならない理由、及び上記 4で記入した家族が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