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　7　年　1　月　6　日

被保険者 氏名	健保　花子

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	健保　健太郎	続　柄	父

当該事項のいずれかに〇をし、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について記入してください

（Ⅰ）医療保険制度の種類

a.（　〇〇〇〇　）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　6　年　7　月　8　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　）

「はい」の場合、右記の該当するものに〇をしてください。

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。

収入の種類・内訳	
雇用保険（失業給付）	受給中　・　受給予定
出産手当金	受給中　・　受給予定
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　50,000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
健保　次郎	弟	30	500万円	同・別	千葉県市川市	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。

父が令和6年12月31日付で勤務先を退職。
失業給付は受給予定であるが、受給が始まるでの間、扶養加入を申請します。
なお、母は他界しており、弟は別で生計を立てているため、扶養できません。

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　7　年　1　月　6　日

被保険者氏名　　健保　花子

がん研究会健康保険組合