

# 被扶養者調査表

記号	〇〇〇	番号	〇〇〇〇〇〇	被保険者氏名	山川 太郎
----	-----	----	--------	--------	-------

資格取得の日には、原則、健保組合が書類を受付けた日（申請書類が整っていること）となります。

## I. 申請する家族(被扶養者)について

氏名	山川 花子	被保険者との続柄	妻
生年月日	昭平・令 〇〇年 〇〇月 〇〇日 (年齢 〇〇 歳)	同居・別居の別	同居・別居
扶養申請する理由を具体的にご記入ください			
・ 令和〇〇年〇月に退職し、雇用保険受給終了。その後、現在まで無職・無収入。 ・ 令和〇〇年〇月被保険者の入社に伴い、今までも扶養に入れていた(妻子)を扶養に入れたい。 ・ 令和〇〇年〇月に正社員からパートに就労状態が変更となり、パート先の健康保険に加入できなくなったため扶養に入れたい。			
妻(夫)以外を申請する場合、申請者の配偶者の有無について		有・無 (未婚・離別・死別)	

## 【備考(添付書類等)】

(写)と記載のあるもの以外は“原本”の提出となります。

- I
- 添付書類(必須)
- 【住民票】…世帯全員、続柄記載
  - 【所得証明書】…18歳以上(除く高校生)
  - 【在学証明書】…18歳以上の学生(除く高校生)

有の場合、配偶者の「所得証明書」

### ①健康保険の加入状況について

今まで加入していた保険の種類 (該当の□にレ点を記入してください)	
<input type="checkbox"/> 他の健康保険組合 (健康保険組合) …加入組合名を記入してください。	<input type="checkbox"/> 国民健康保険
<input checked="" type="checkbox"/> 以前勤めていた会社の任意継続保険	<input type="checkbox"/> 家族(誰の: )の被扶養者であった
<input type="checkbox"/> 協会けんぽ	<input type="checkbox"/> その家族が被保険者資格を喪失。
<input type="checkbox"/> 無保険 (いつから 〇〇年 〇〇月 〇〇日~)	( <input type="checkbox"/> 退職、 <input type="checkbox"/> 死亡、 <input type="checkbox"/> その他 ( ))
上記健康保険の脱退日 H・R 〇〇年 〇〇月 〇〇日	

- ①
- 資格喪失証明書

任継保険証(写)  
国民健康保険証(写)  
保険証(写)

### ②収入状況について

<b>(1) 現在も給与収入がある方 (□の箇所は該当にレ点を記入してください)</b>		収入額 (諸手当や通勤補助費なども含みます)	
雇用形態	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト(臨時を含む) <input type="checkbox"/> その他 ( )	月額	円
勤務先健保に加入できない理由	<input type="checkbox"/> 労働時間が加入できる規定の時間より短い <input type="checkbox"/> 健康保険が国保である <input type="checkbox"/> その他 ( )	賞与	円
勤務先名称			
所在地	電話番号		
就職日	H・R 年 月 日		
<b>(2) 現在は無職であるが、前年1月から申請日までの間で勤めをしていた方</b>			
勤務先名称	〇〇〇〇 株式会社	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
就職期間	〇〇年 〇〇月 〇〇日 から 〇〇年 〇〇月 〇〇日 (退職日)		
雇用保険	受給資格の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無 (無の場合その理由)	
	(該当の□にレ点を記入してください。)		
<input type="checkbox"/> Ⅰ.受給資格はあるが受給しない <input type="checkbox"/> Ⅱ.受給の予定である <input type="checkbox"/> Ⅲ.受給を延長する <input checked="" type="checkbox"/> Ⅳ.受給が終了した ↳受給日額[ 円] (3,612円以上の場合受給中は認定できません)			
<b>(3) 給与以外の収入がある方 (該当する内容はすべて記入してください)</b>			
年金・恩給	イ.国民年金	有・無	円/年間
	ロ.厚生年金	有・無	円/年間
	ハ.共済年金	有・無	円/年間
	ニ.遺族年金	有・無	円/年間
		ホ.障害年金	有・無 円/年間
		ヘ.厚生年金基金	有・無 円/年間
		ト.その他(恩給等)	有・無 円/年間
		<b>合計</b>	<b>円/年間</b>
その他収入	イ.不動産(家賃・土地等)	円/年間	
	ロ.その他の収入	円/年間	
※自営業の場合は「事業に必要な経費(健保が認めるもの)を除いた収入」で判定します。廃業した場合は、廃業届(写し)が必要です。			

- ②
- 申請家族の「所得証明書」  
ただし、18歳(高校生)以下の就学子女は不要

(1) 「就労状況証明書」

- (2)
- 「退職証明書」  
雇用保険未加入証明(上記退職証明書に記載あれば可)

- Ⅰ.「離職票1」&「離職票2」  
Ⅱ.「雇用保険受給資格者証」  
Ⅲ.「離職票1&2」「受給延長通知書」  
Ⅳ.「受給資格者証」の表裏両面の写し

- (3)
- 年金の通知書の写し(直近のもの)  
「支給決定通知書」  
支給通知の「はがき」等

- 契約書(写)  
申請家族の「所得証明書」  
「確定申告書(控)」(写)  
「廃業証明書」(写)  
「農業委譲証明書」(写)等

## II. 申請する家族と別居の場合、送金状況について

(同居の場合は記入不要。また、申請者が子で進学による別居の場合は送金の証明は不要)

別居の理由	<input type="checkbox"/> 単身赴任…以下記入不要 <input type="checkbox"/> 修学上の理由 <input type="checkbox"/> その他 ( ) …以下も記入
① 生活費の仕送り額(援助額)について	
仕送りの方法(該当の□にレ点を記入してください)	
<input type="checkbox"/> 銀行または郵便局振込、 <input type="checkbox"/> 現金書留、 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
毎月の仕送り額	円
(現金等の手渡しは、健康保険組合でその事実を確認できないため、送金・援助しているとは認められません。また、被保険者銀行口座からカード引き落としも、生計費の送金とは認められていません。)	
② 申請する家族と同居されている方の有無等	
<input type="checkbox"/> 有 … (その方の氏名: )、申請する家族から見た続柄: ( )	
<input type="checkbox"/> 無	
③ ご自身以外の方で援助をしている方の有無等	
<input type="checkbox"/> 有 … (援助している方の氏名: )、続柄: ( )、月あたりの援助額: (円)	
<input type="checkbox"/> 無	

- II
- ①
- 送金証明書(直近3か月分)  
「通帳」の写し、「振込票」の控え、「現金書留の送付」の控え等

- ②
- 有の場合、その世帯全員の「住民票」など