家族状況報告書

※新生児の届出時は必要無し　　※添付書類については「被扶養者認定に必要な提出書類等一覧」を参照ください。

被保険者記号		番　号		被保険者氏名	
申請する家族の氏名（以下対象者という）		年齢		続柄	

1. 被保険者が扶養申請するに至った理由　※状況を詳しく記入

2. 対象者の配偶者の状況　**※対象者が妻(夫)の場合は記入不要**

□ 有　□ 無　［ 未婚 ・ 離婚 ・ 死別 ］
離婚・死別の日（　　年　　月　　日）

3. 税扶養の有無　※無の場合は理由も記入

□ 有　□ 無（理　由:　　）

4. 対象者が加入している(今まで加入していた)健康保険

□ 他の健康保険組合、共済組合　［加入中・喪失済］
□ 国民健康保険　［加入中・喪失済］
□ 任意継続　［加入中・喪失済］
□ 他の家族の被扶養者　［加入中・喪失済］
（氏名:　　続柄:　　）
□ 無保険　いつから（　　年　　月　　日～）

5. 収入状況について

(1)過去3年間の職歴すべて　※勤務先が複数ある方は別紙(用紙自由)にすべて記入

①勤務先名	⑤雇用形態　□ 正社員・契約社員等　□ パート・アルバイト　□ 他
②所在地	⑥雇用保険の加入　□ 未加入　□ 加入 → ⑦も記入
③退職日　　年　月　日(勤続:　年　か月)	⑦雇用保険の受給について
④退職理由　□ 事業主都合（理由　　）	□ 受給資格を放棄する □受給資格が無い　□ 受給する
□ 本人都合（理由　　）	□ 受給延長申請中　□ 受給が終了した（　年　月　日）

(2)現在　給与収入がある方　※勤務先が複数ある方は別紙(用紙自由)にすべて記入

①勤務先名	⑤直近6か月の収入実績(通勤交通費を含めた総収入を記入)				
②所在地	年　月	円	年　月	円	
③就職日　年　月　日	年　月	円	年　月	円	
(雇用契約変更日　年　月　日)	年　月	円	年　月	円	
④通勤交通費支給の有無　□ 有　□ 無	賞　与	円	計	円	

(3)給与以外の収入について

収入区分		年額	月額/日額	状況等
傷病手当金・出産手当金	□ 有 □ 無		日額　円	[妊娠中の方] 出産予定日（　年　月　日）
老齢年金	□ 有 □ 無	円		[受給開始年齢で受給無しの方] 受給無しの理由（　）
障害年金	□ 有 □ 無	円		障害年金の種類と等級　基礎年金　級　厚生(共済)年金　級
遺族年金	□ 有 □ 無	円		[配偶者と死別しているが受給無しの方] 受給無しの理由（　）
営業(事業)・不動産所得	□ 有 □ 無	円		
その他（　）	□ 有 □ 無	円	月額　円	※基金、企業年金、個人年金、雑所得等がある場合は記入

6. 対象者と別居の方　※単身赴任、子の進学による別居の場合は記入不要

①直近6か月の送金額							②対象者の生計費	月額 約　円
	年　月	円	年　月	円	年　月	円		
	年　月	円	年　月	円	年　月	円		

7. 被保険者以外の扶養義務者の状況　対象者が配偶者・未婚の子以外の場合は記入　例:対象者が母の場合→父、被保険者の兄弟姉妹

氏　名	続柄	同居/別居	加入中の健康保険	年収	対象者への生計費負担額	扶養できない理由
		同・別	健保組合・共済 国保・その他	円	月額 約　円	
		同・別	健保組合・共済 国保・その他	円	月額 約　円	

申請内容が事実と相違していた場合には、遡って扶養を取り消すとともに、その期間中の医療費を請求します。

日本製鉄健康保険組合