

# 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	1234	番号	5678	被保険者 氏名	日鉄太郎
申請する家族の氏名 (以下対象者という)	日鉄花子	年齢	35	続柄	妻

## 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

退職したため

## 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～)

## 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)

## 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 ○×△株式会社	⑤雇用形態 <input checked="" type="checkbox"/> 正社員・契約社員等 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 他
②所在地 東京都中央区日本橋3-3-3	⑥雇用保険の加入 <input type="checkbox"/> 未加入 <input checked="" type="checkbox"/> 加入 → ⑦も記入
③退職日 R1 年 10 月 31 日(勤続: 5 年 7 か月)	⑦雇用保険の受給について
④退職理由 <input type="checkbox"/> 事業主都合(理由 ) <input checked="" type="checkbox"/> 本人都合(理由 一身上の都合により )	<input type="checkbox"/> 受給資格を放棄する <input type="checkbox"/> 受給資格が無い <input type="checkbox"/> 受給する <input checked="" type="checkbox"/> 受給延長申請中 <input type="checkbox"/> 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 (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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	/	日額 円	[妊娠中の方] 出産予定日( R2 年 5 月 10 日)
老齢年金 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	円	/	
その他( ) <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 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	年 月 円 年 月 円	年 月 円 年 月 円	②対象者の月額生計費 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。