

家族状況報告書Ⅱ 60歳以上の方を扶養申請する時。

※ 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、その期間中の診療費を請求します。

被保険者証の 記号	1 2 3 4	番 号	5 6 7 8 9 0	被保険者 氏名	健保 太郎	印	
認定を受けようとする家族の氏名 (以下対象者という)	健保 一子	年齢	6 2	続柄	母	配偶者	有・無

※ 認定対象者に配偶者「有」と記した方は、配偶者の「家族状況報告書」も提出ください。

※ 氏名を本人自ら署名した場合の押印は不要。

I. 認定対象者の状況を詳しくご記入ください。

1. 被保険者が扶養するに至った理由

<input type="checkbox"/> 入社のため
<input type="checkbox"/> 結婚したため (婚姻日 年 月 日)
<input checked="" type="checkbox"/> 会社を退職したため
<input type="checkbox"/> アルバイト・パートを辞めたため
<input checked="" type="checkbox"/> 雇用保険受給終了のため
<input type="checkbox"/> 任継被保険者の資格を喪失したため
<input type="checkbox"/> その他 ( )

3. 対象者を扶養する形態

<input checked="" type="checkbox"/> 同居扶養	<input type="checkbox"/> 別居扶養・・・※3を記入してください
--	---

※3. 別居扶養の方のみ記入

対象者と同居 している者	氏 名	続 柄	生年月日

2. 対象者が現在加入している健康保険

<input type="checkbox"/> 未加入
<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険に加入
<input type="checkbox"/> 任意継続に加入
<input type="checkbox"/> 勤務先の健康保険に加入
<input type="checkbox"/> 勤務先の共済保険(健保)に加入
<input type="checkbox"/> 当健保組合以外の健保組合の被扶養者 (被保険者氏名 続柄 )

4. 対象者に配偶者がいない場合はその理由

<input type="checkbox"/> 未婚	<input type="checkbox"/> 死亡	<input checked="" type="checkbox"/> 離婚	<input type="checkbox"/> その他 ( )
該 当 日	昭和	平成	年 月 日

5. 税扶養の有無 (配偶者または被保険者の源泉徴収票写し (または所得証明書・原本) 添付)

<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 配偶者の税扶養	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者(社員)の税扶養
----------------------------	----------------------------	----------------------------------	--

II. 対象者の生計維持の状況を詳しくご記入ください。

6. 対象者の過去3年間の直近勤務先

※直近1年間に勤務先が2つ以上の方は別紙 (用紙自由) に全て記入

①勤務先名	○×△(株)
②所在地	◇◇県○△市◇町×-×-×
③勤続年数	○ 年 △ ヶ月
④退職年月日	昭和 平成 ○ 年 △ 月 ◇ 日
⑤退職理由	<input type="checkbox"/> 定年 <input checked="" type="checkbox"/> その他(理由 本人都合 )
⑥雇用保険の加入	<input checked="" type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入

7. 現在 無職の方: 雇用(失業)保険について

<input type="checkbox"/> 受給する 給付制限期間終了日 平成 年 月 日
<input checked="" type="checkbox"/> 受給が終了した 平成 ○ 年 △ 月 ◇ 日
<input type="checkbox"/> 受給延長申請中 (理由 )
<input type="checkbox"/> 受給資格を放棄する
<input type="checkbox"/> 受給資格無し (理由 )
<input type="checkbox"/> その他 ( )

8. 対象者の年金受給の有無、金額について

<input type="checkbox"/> 無	理 由	<input type="checkbox"/> 受給年齢に達していない	<input type="checkbox"/> 加入期間不足
		<input type="checkbox"/> 亡き配偶者が自営業・農業であった	<input type="checkbox"/> その他 ( )
<input checked="" type="checkbox"/> 有 [共済年金] を含む	<input checked="" type="checkbox"/> 会社等を退職した方	老齢厚生年金・厚生年金基金	年額 284,800 円
	<input type="checkbox"/> 65歳以上の方	老齢基礎年金(国民年金)	年額 円
	<input type="checkbox"/> 軍人、公務員等であった方又は遺族	恩給	年額 円
	<input type="checkbox"/> 農業年金に加入していた方	農業者年金	年額 円
	<input type="checkbox"/> 配偶者の亡くなっている方	遺族厚生年金、遺族基礎年金	年額 円
	<input type="checkbox"/> 障害をお持ちの方	障害厚生年金又は障害手当金、障害基礎年金	年額 円
	<input type="checkbox"/> その他あれば (名称 )		年額 円

9. 対象者の年金以外の収入 (傷病手当金・出産手当金等) の有無について

<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 農業収入 円/年	<input type="checkbox"/> 賃貸料 (不動産等) 円/年
		<input type="checkbox"/> 給与(アルバイト等) 円/年	<input type="checkbox"/> その他 ( ) 円/年

10. 被保険者から対象者への送金について (別居扶養の方のみ)

①送金を始めた年月	平成 年 月
②直近6ヵ月の送金額	送付年月 年 月 送金金額 円

III. 被保険者の家族構成と家計負担状況

11. 被保険者家族の家計負担額 (対象者以外の家族全員について記入)

氏 名	続 柄	年間収入	送金額/年(※1)	同居・別居
なし	被保険者本人	4,900,000 円	—	—
		円	円	同・別
		円	円	同・別
		円	円	同・別

12. 対象者の収入金額(円)

対象者の収入の種類(※2)	金額/年
年 金	284,800 円
	円
	円

※2 年金、その他収入、送金を受けた額

※1 「既に別居扶養されている方」 家族への送金がある場合は 送金額を記入

※添付書類については、「被扶養者を申請するときの添付書類」を参照ください。