

# 扶養関係現況書

## 1. 認定対象者（以下の①～⑦は必ず記載して下さい。）

① 認定対象者の氏名	(フリガナ)	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	③年齢 歳	④性別 1. 男 2. 女	⑤ 被保険者との 続柄
⑥認定対象者の住所(番地・号・建物名・部屋番号) 〒				⑦申請理由（該当に○を付けて下さい。） 1. 被保険者の就職 2. 無収入 3. 収入減 4. 離職 5. 婚姻 6. 出生 7. 親権の異動 8. 配偶者の収入減 9. その他（ ）		

## 2. 認定対象者の現況

配偶者	収入あり	給与収入は、「3」「4」を記入します。 失業保険は、「3」「5」を記入します。 自営業収入は、「7」を記入します。 年金収入は、「6」を記入します。 その他の収入又は不動産収入等は、「8」を記入します。	収入なし	「3」「5」「11」を記入します。
被保険者の子・孫・兄弟（弟妹）	出生	「9」を記入して下さい。孫の場合は「10」も記入します		
	16歳未満	未就学児 就学児（義務教育）	「9」を記入します。 弟妹・孫の場合「10」も記入します。	
	16歳以上	学生（高・専・大） 無職（収入無し） 収入あり	「9」を記入します。 収入があれば「4」も記入します。 弟妹・孫の場合「10」も記入します。 「3」「4」「7」「8」「9」「10」「11」を記入します。	
父・母	年金収入	年金収入は、「6」「10」を記入します。		
	給与収入	給与収入は、「3」「4」「5」「10」を記入します。		
	自営業収入	自営業収入（事業収入）は、「7」「10」を記入します。		
	不動産収入等	不動産収入等は、「8」「10」を記入します。		
	その他	その他は、「8」-③「10」を記入します。		
	別居している場合	上記に加え「12」を記入します。		
	上記以外の3親等内の親族	「3」～「8」「10」「11」の該当する箇所を記入して下さい。←（※別居の場合認定できません。）		

## 3. 就労状況（過去1年以内に就労し継続中又は既に退職している）

① 職業	<input type="checkbox"/> 無職	<input type="checkbox"/> 就労継続中	就労継続中に☑した場合、「4. 給与収入の状況」を記入して下さい。
② 過去の就労状況（1年以内）	会社名		就労期間
	住所		年 月 日 、 年 月 日
③ 退職理由（具体的に）	※退職理由が出産や病気の場合は、「11. 保険給付の受給状況」を記入して下さい。		

4. 給与収入の状況 (  有  無 ) ※有りの場合、①～③を記入して下さい。

① 勤務先	名称	住所
② 雇用形態	<input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 契約 <input type="checkbox"/> 嘱託 <input type="checkbox"/> 再雇用 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
③ 給与の種別と1ヶ月に支払われる金額	<input type="checkbox"/> 月給 (勤務日数 日 円)	<input type="checkbox"/> 日給 (勤務日数 日 円) (日額 円)
	<input type="checkbox"/> 時給 (勤務日数 日 時間 円) (時給 円)	その他

5. 失業保険の受給状況 (  有  無 ) ※A～Eの該当するいずれかに○を付け受給期間・日額・日数・理由等を記入して下さい。

① 失業保険の受給について、次のA・B・Eに該当する場合、「雇用保険受給資格者証」(写)を添付して下さい。

A. 受給中	受給期間	年 月 日	受給金額 (日額)	円	日数	日間
B. 受給予定あり	受給期間	年 月 日	受給金額 (日額)	円	日数	日間
C. 受給しない	理由 ( )					
D. 受給資格なし	理由 ( )					
E. 受給終了	「雇用保険受給資格者証」(支給終了の印字のあるページの写し)を添付して下さい。					

6. 年金の受給状況 (  有  無 ) ※有りの場合、A～E該当する全てを記入して下さい。

A. 厚生年金	円	B. 遺族年金	円
C. 国民年金	円	D. 障害者年金	円
E. その他	円 名称 ( )		

7. 自営業収入(事業収入) (  有  無 ) ※有りの場合、①～④を記入して下さい。

① 業種	② 会社名		
③ 年間収入額	円	④ 所得額	円

8. 不動産または配当金等の収入 (  有  無 ) ※有りの場合、①～③該当する全てを記入して下さい。

① 不動産	<input type="checkbox"/> 家賃 <input type="checkbox"/> その他 ( )	年間収入	円	
② 配当金	年間収入	円	③ その他 (名称 )	円

9. 夫婦共同扶養 (  該当  不該当 )

○配偶者がいる場合、①と②を記入して下さい。ただし、母(父)子家庭の場合には③に☑を付けて下さい。

① 被保険者の年収	( 円 )	※被保険者の年収より配偶者の年収が多い場合、認定対象者(続柄：子)は配偶者の加入する健康保険組合にて扶養の手続きをお願いします。
② 被保険者の配偶者の年収	( 円 )	
③ 母(父)子家庭	<input type="checkbox"/> 該当	※マル福受給者証の写しを添付願います。(被保険者と認定対象者の分)

10. 認定対象者と同居する家族 ※被保険者の父母、兄弟や弟妹及び同居が必要と規定される三親等内の親族を扶養するときに記入して下さい。

○認定対象者からみた続柄とその者の年間収入額

<input type="checkbox"/> 配偶者 (収入 円)	<input type="checkbox"/> 子供 (人) (収入 円)	
<input type="checkbox"/> 父 (収入 円)	<input type="checkbox"/> 母 (収入 円)	<input type="checkbox"/> 兄弟(姉妹) (収入 円)

11. 保険給付金の受給状況 (以前加入していた健康保険組合からの支給)

① 傷病手当金	受給	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している (期間 )
② 出産手当金	受給	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している (期間 )

12. 認定対象者が別居の場合

① 別居の理由	<input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 専門学校 <input type="checkbox"/> 予備校 <input type="checkbox"/> その他 ( )
② 別居の理由が学生以外の場合	仕送り額 月々 円 年間(見込) 円

上記のとおり、認定対象者の現況を申し立てします。

令和 年 月 日

(被保険者)  
氏名