

被扶養者調査票

提出日を記入

チェックする

提出日	令和 7 年 1 月 6 日			被保険者が記載内容に誤りがないことを確認したので申請します <input checked="" type="checkbox"/>	
被保険者	記号	番号		被保険者名	健保 太郎
	9 9 9	999999			
申請する被扶養者	健保 花子			続柄	生年月日 昭和 平成 令和 2 年 2 月 20 日
				妻	

〔18歳以上の家族を新規扶養にする際に「被扶養者（異動）届」とセットにして提出してください〕

<p>【1】今回、申請されることになった理由を記入してください</p> <p><配偶者></p> <p>1. 退職（ 年 月 日付）して収入が減ったため</p> <p>2. 結婚（ 6 年 12 月 1 日付）したため</p> <p>3. その他（申請理由を詳細に記載すること）</p> <p>（ ）</p> <p><配偶者以外></p> <p>① 18歳以上60歳未満：働けない理由および申請理由</p> <p>② 60歳以上：申請理由</p> <p>（ ）</p> <p>退職後に雇用保険の給付を受給しない（できない）理由</p> <p>（ ）</p>																												
<p>【2】扶養申請された方の状況について記入してください</p> <p>1. 健康保険について現在の状況（扶養申請された方が現在どのような状況であるかをチェックしてください）</p> <p><input type="checkbox"/>健康保険に加入中 <input checked="" type="checkbox"/>無保険（未加入） <input type="checkbox"/>その他（ ）</p> <p>2. 今まで加入していた、もしくは現在加入している健康保険</p> <p><input type="checkbox"/>国民健康保険 <input checked="" type="checkbox"/>勤務先の健康保険 <input type="checkbox"/>共済組合 <input type="checkbox"/>その他（ ）</p> <p>3. 現在の就労状況</p> <p><input type="checkbox"/>働いていた（ 年 月 まで） <input type="checkbox"/>働いていない <input checked="" type="checkbox"/>働いている（月平均収入 80,000 円）</p> <p>4. 雇用保険の受給資格の状況を記入（該当に○印を記入）</p> <p>①受給資格なし ②受給中 ③申請中 ④受給終了 ⑤受けない ⑥時期を見て申請（予定時期 年 月 頃）</p> <p>※ ①⑤⑥に該当する方は離職票1.2（写）を提出してください。</p> <p>※ ②③④に該当する方は受給資格者証（表・裏の写）を提出してください。</p> <p>※ 受給期間延長手続き中の方は手続き完了後、受給期間延長通知書を提出してください。</p> <p>5. 年金の受給資格状況を記入</p> <p>①受給中 ②申請中 ③まだ申請できない ④受給資格なし</p> <p>※60歳以上または障害者で年金を受給できない場合はその理由を記入（ ）</p>																												
<p>【3】申請された方のこれから一年間の見込み収入（全ての項目を記入）</p> <table border="0"> <tr> <td>① 給与収入</td> <td><input type="checkbox"/>なし <input checked="" type="checkbox"/>あり ⇒</td> <td>年額 960,000 円</td> </tr> <tr> <td>② 年金収入</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ⇒</td> <td>年額 円</td> </tr> <tr> <td>③ 事業収入（所得不可）</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ⇒</td> <td>年額 円</td> </tr> <tr> <td>④ 不動産収入（所得不可）</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ⇒</td> <td>年額 円</td> </tr> <tr> <td>⑤ 利子・配当等の雑収入</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ⇒</td> <td>年額 円</td> </tr> <tr> <td>⑥ 雇用保険の給付受給</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ⇒</td> <td>年額 円</td> </tr> <tr> <td>⑦ 健康保険の傷病手当金・出産手当金</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ⇒</td> <td>年額 円</td> </tr> <tr> <td>⑧ その他継続性のある収入（他者からの仕送りなど）</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ⇒</td> <td>年額 円</td> </tr> <tr> <td>上記「収入」とは申請日から未来1年間の予測収入とする</td> <td>年間合計</td> <td>年額 960,000 円</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">収入のわかる資料を添付</p>		① 給与収入	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ⇒	年額 960,000 円	② 年金収入	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	年額 円	③ 事業収入（所得不可）	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	年額 円	④ 不動産収入（所得不可）	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	年額 円	⑤ 利子・配当等の雑収入	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	年額 円	⑥ 雇用保険の給付受給	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	年額 円	⑦ 健康保険の傷病手当金・出産手当金	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	年額 円	⑧ その他継続性のある収入（他者からの仕送りなど）	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	年額 円	上記「収入」とは申請日から未来1年間の予測収入とする	年間合計	年額 960,000 円
① 給与収入	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ⇒	年額 960,000 円																										
② 年金収入	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	年額 円																										
③ 事業収入（所得不可）	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	年額 円																										
④ 不動産収入（所得不可）	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	年額 円																										
⑤ 利子・配当等の雑収入	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	年額 円																										
⑥ 雇用保険の給付受給	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	年額 円																										
⑦ 健康保険の傷病手当金・出産手当金	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	年額 円																										
⑧ その他継続性のある収入（他者からの仕送りなど）	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	年額 円																										
上記「収入」とは申請日から未来1年間の予測収入とする	年間合計	年額 960,000 円																										
<p>【4】申請された方は、被保険者の税法上の扶養家族になるか</p> <p>1. 「なっている」または「今後なる」</p> <p>2. 「ならない」または「なれない」理由（ ）</p>																												
<p>【5】被保険者と別居している場合</p> <p><input type="checkbox"/>個人都合（理由： ）での別居（下記1.2に回答すること） <input type="checkbox"/>会社都合での別居</p> <p>1. 申請された方と同居している人はいますか</p> <p><input type="checkbox"/>いる（ 人、申請された方との続柄 ） <input type="checkbox"/>いない</p> <p>2. 現在、申請された方の生活費はどうしていますか</p> <p><input type="checkbox"/>被保険者から（すべて 一部）援助を受けている（月額 円・仕送り証明添付）</p> <p><input type="checkbox"/>援助を受けずに自分で生活している</p>																												
<p>【6】誓約</p> <p>今回の申請内容に相違ありません。</p> <p>なお、事実と相違した内容があった場合には、被扶養者としての認定を遡って取り消し、保険給付の返還をすることに異存はありません。また、被扶養者の認定基準から外れた時には、直ちに扶養削除の手続きをいたします。</p> <p style="text-align: center;">被保険者氏名 健保 太郎</p>																												