

家族状況報告書①

60歳未満の方を扶養申請する時。(新生児の届出時は必要無し)

※ 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等を請求します。

被保険者証の記号	番号	被保険者氏名
認定を受けようとする家族の氏名 (以下対象者という)	年齢	続柄
	配偶者	有・無

※ 認定対象者が父母などの場合で、配偶者「有」と記した方は、その配偶者の「家族状況報告書」も併せて提出ください。

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

入社のため

結婚したため (婚姻日 年 月 日)

会社を退職したため

アルバイト・パートを辞めたため

雇用保険受給終了のため

任継被保険者の資格を喪失したため

その他 ()

3. 対象者を扶養する形態

同居扶養 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

氏名	続柄	生年月日
対象者と同居している者		

2. 対象者が今まで加入していた健康保険

未加入

国民健康保険に加入

任意継続に加入

勤務先の健康保険に加入

勤務先の共済保険(健保)に加入

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

未婚

死亡 離婚 その他 ()

該 当 日 昭和・平成・令和 年 月 日

5. 女性の方

妊娠の有無 無 有(出産予定日 令和 年 月 日)

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(収入減の方も記入)

※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

②所在地

③勤続年数 年 月

④退職年月日 平成・令和 年 月 日

⑤退職理由 事業主都合 (理由) 本人都合 (理由)

⑥雇用保険の加入 加入 未加入

7. 現在 無職の方: 雇用(失業)保険について

受給する 受給手続き(予定)日 令和 年 月 日

受給が終了した 平成・令和 年 月 日

受給延長申請中 (理由)

受給資格を放棄する

受給資格無し (理由)

その他 ()

8. 現在 給与収入(パート・アルバイト等)がある方

①勤務先名	②採用された日	平成・令和 年 月 日
③直近6カ月の収入	月分 円	月分 円

9. 給与以外の収入の有無(障害年金等、家賃等、傷病手当金・出産手当金)

<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	内 訳 金額(月額) 円	円	円
----------------------------	----------------------------	--------------	---	---

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・令和 年 月
②直近6カ月の送金額	送付年月 年 月 送金金額 円

家族状況報告書①

60歳未満の方を扶養申請する時。(新生児の届出時は必要無し)

※ 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等を請求します。

被保険者証の記号	1 2	番号	5 6 7 8 9	被保険者氏名	健保 太郎			
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 花子		年齢	2 7	続柄	妻	配偶者	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無

※ 認定対象者が父母などの場合で、配偶者「有」と記した方は、その配偶者の「家族状況報告書」も併せて提出ください。

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

入社のため

結婚したため (婚姻日 R○ 年 △ 月 □ 日)

会社を退職したため

アルバイト・パートを辞めたため

雇用保険受給終了のため

任継被保険者の資格を喪失したため

その他 ()

3. 対象者を扶養する形態

同居扶養 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

	氏名	続柄	生年月日
対象者と同居している者			

2. 対象者が今まで加入していた健康保険

未加入

国民健康保険に加入

任意継続に加入

勤務先の健康保険に加入

勤務先の共済保険(健保)に加入

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

未婚

死亡 離婚 その他()

該 当 日 昭和・平成・令和 年 月 日

5. 女性の方

妊娠の有無 無 有(出産予定日 令和 年 月 日)

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(収入減の方も記入)

※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 ●●産業(株)

②所在地 神奈川県○△市◇町×-×-×

③勤続年数 ○ 年 △ カ月

④退職年月日 平成・令和 ○ 年 △ 月 ◇ 日

⑤退職理由 事業主都合 (理由) 本人都合 (理由 結婚のため)

⑥雇用保険の加入 加入 未加入

7. 現在 無職の方: 雇用(失業)保険について

受給する 受給手続き(予定)日 令和 ○ 年 △ 月 ◇ 日

受給が終了した 平成・令和 年 月 日

受給延長申請中 (理由)

受給資格を放棄する

受給資格無し (理由)

その他 ()

8. 現在 給与収入(パート・アルバイト等)がある方

①勤務先名	②採用された日		平成・令和		年		月		日	
③直近6カ月の収入	月分	月分	月分	月分	月分	月分	月分	月分	月分	月分
	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円

9. 給与以外の収入の有無(障害年金等、家賃等、傷病手当金・出産手当金)

<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	内 訳			
		金額(月額)	円	円	円

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・令和		年		月	
②直近6カ月の送金額	送付年月	年	月	年	月	年	月
	送金金額	円	円	円	円	円	円