

家族状況報告書②

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。

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

対象者と同居 している者	氏名	続柄	生年月日

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

II. 対象者の生計維持の状況を詳しくご記入ください。

5. 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
 ②所在地
 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 定年 その他(理由)
 ⑥雇用保険の加入 加入 未加入

6. 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 ()

7. 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 type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 会社等を退職した方 <input type="checkbox"/> 65歳以上の方 <input type="checkbox"/> 軍人、公務員等であった方又は遺族 <input type="checkbox"/> 農業年金に加入していた方 <input type="checkbox"/> 配偶者の亡くなっている方 <input type="checkbox"/> 障害をお持ちの方 <input type="checkbox"/> その他あれば(名称)	老齢厚生年金・厚生年金基金 年額 円 老齢基礎年金(国民年金) 年額 円 恩給 年額 円 農業者年金 年額 円 遺族厚生年金、遺族基礎年金 年額 円 障害厚生年金又は障害手当金、障害基礎年金 年額 円) 年額 円

8. 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 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
----------------------------	----------------------------	---

9. 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 送金金額
	年 月 円 年 月 円 年 月 円 年 月 円 年 月 円

III. 被保険者の家族構成と家計負担状況

10. 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
	被保険者本人	円	-	-
		円	円	同・別
		円	円	同・別
		円	円	同・別

11. 対象者の収入金額(円)

対象者の収入の種類(※2)	金額/年
	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

家族状況報告書②

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等を請求します。

被保険者証の記号	1 2	番号	5 6 7 8	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 幸子	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。

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		3. 対象者を扶養する形態									
<input type="checkbox"/> 入社のため <input type="checkbox"/> 結婚したため(婚姻日 年 月 日) <input 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()		<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 <table border="1"> <tr> <th>対象者と同居している者</th> <th>氏名</th> <th>続柄</th> <th>生年月日</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		対象者と同居している者	氏名	続柄	生年月日				
対象者と同居している者	氏名	続柄	生年月日								
2. 対象者が今まで加入していた健康保険		4. 対象者に配偶者がいない場合はその理由									
<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)		<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・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。

5. 対象者の過去3年間の直近勤務先		6. 現在 無職の方: 雇用(失業)保険について	
※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 △ カ月 ④退職年月日 平成・令和 ○ 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		<input type="checkbox"/> 受給する 受給手続き(予定)日 令和 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 受給が終了した 平成(令和) ○ 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()	
7. 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	<input checked="" type="checkbox"/> 会社等を退職した方 <input type="checkbox"/> 65歳以上の方 <input type="checkbox"/> 軍人、公務員等であった方又は遺族 <input type="checkbox"/> 農業年金に加入していた方 <input type="checkbox"/> 配偶者の亡くなっている方 <input type="checkbox"/> 障害をお持ちの方 <input type="checkbox"/> その他あれば(名称)	老齢厚生年金・厚生年金基金 年額 284,800 円 老齢基礎年金(国民年金) 年額 円 恩給 年額 円 農業者年金 年額 円 遺族厚生年金、遺族基礎年金 年額 円 障害厚生年金又は障害手当金、障害基礎年金 年額 円) 年額 円	
8. 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	
9. 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
	送金金額	円	円

III. 被保険者の家族構成と家計負担状況

10. 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)					11. 対象者の収入金額(円)	
氏名	続柄	年間収入	送金額/年(※1)	同居・別居	対象者の収入の種類(※2)	金額/年
健保 太郎	被保険者本人	4,900,000 円	—	—	年金	284,800 円
		円	円	同・別		円
		円	円	同・別		円
		円	円	同・別		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