

被扶養者認定調査表

★必ずお読みください★

| | |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| はじめに | <p>当調査表は、扶養認定事務をより正確・敏速に行うためのものであり、被扶養者の認定にあたり生計維持関係の立証書類として重要な資料となります。必ず被保険者本人が、正確にご記入ください。(対象者1名につき調査表1枚の提出が必要となります)</p> <p>万が一、認定後に事実と相違した記載が認められた場合には、その認定を取り消すとともに、支給した保険給付を全額返還していただくことになります。</p> <p>なお、ご提出いただいた内容は、扶養認定の審査以外の目的には使用いたしません。</p> |
| 提出期限 | <p>被扶養者の認定については、その事由が発生した日から5日以内にお届けが必要です。期限を過ぎてしまうと、正当な理由がある場合を除き、健保組合に書類が提出された日以降の認定となりますのでご注意ください。</p> |
| 提出する書類 | <p>被扶養者異動届、当調査表、住民票（世帯全員の続柄等の省略がないもの）、課税証明書(原本)または非課税証明書(原本)、高校生以上の学生は在学証明書または学生証写し、その他の確認書類。</p> <p>*中学生以下、および高校生（全日制）の学生は非課税証明書は提出不要です。</p> <p>*被保険者の新規取得時や出生の為に扶養追加される際、配偶者が扶養に未加入の場合は、別途配偶者の「年収が分かるもの」を添付してください。(昨年の源泉徴収票・育児休業に入る前の給与明細直近3ヶ月分等)</p> <p>*その他確認に必要な書類は、対象者により異なります。当調査表の該当項目をお読みください。(申請の理由、世帯の状況によっては、該当項目以外の書類が必要となる場合もあります。)</p> |

★以下（太枠内・下線部）をご記入ください★

次のとおり相違ありません。 令和 年 月 日

| | | | | | |
|-------------|--|----|------------|--|-----|
| 被保険者証の記号・番号 | | | 被保険者(本人)氏名 | | |
| 記号 | | 番号 | | | (印) |

1. 【全員記入】対象者について

| | | | | | | |
|-------|----------------|----------|---------------------|---|---------|---|
| すべて記入 | 対象者(扶養に入れる方)氏名 | | 対象者生年月日 | | | |
| | | | 昭和・平成・令和 | 年 | 月 | 日 |
| | 対象者の職業 | 被保険者との続柄 | 今現在日本に住民票の有無 | | 本人との世帯 | |
| | | | ある ・ ない ない理由 [] | | 同居 ・ 別居 | |

※日本国内に住民票のない方でも例外により扶養者となることが出来ます。状況により別途証明書が必要となりますのでお問い合わせください。

2. 【全員記入】対象者の収入状況について

対象者の収入状況について、**すべての収入額欄（*1）に金額をご記入ください**（該当しない項目については「0円」を入れてください）。また、お届けの際に必要な**添付書類についてご確認ください**。

| | 収入の種類 | 収入額 | 添付が必要な書類 |
|-----------|--------------|------|----------------------------------------------------------|
| すべてに金額を記入 | 給与収入(*2) | 年額 円 | 給与明細の写（直近3ヶ月分） |
| | 老齢年金 | 年額 円 | 年金をもらっている方のみ 直近の年金支払通知書の写 または 改定通知書の写(年金額の確認できるもの) |
| | 遺族年金 | 年額 円 | |
| | その他の年金 | 年額 円 | |
| | 事業収入 | 年額 円 | 確定申告した際の書類の写（直近3年分） |
| | その他の継続性のある収入 | 年額 円 | それぞれに応じた収入が証明できる書類 |
| | 合計 | 年額 円 | — |

(*1) ここでいう収入とは、本申請以後1年間に発生する見込み額とします。

(*2) 税金控除前の総支給額をご記入ください。(パート・アルバイト等をされている場合で、賞与の支給がある方、また通勤交通費が支給されている方については、その額も年間収入に含めてご記入願います)

<注意> **健康保険の傷病手当金・出産手当金および雇用保険の失業給付を受給中**の場合には、被扶養者となることができない場合があります。その場合、受給終了後に申請をしてください。(裏面に続く)

3. 【全員記入】申請の理由について

新たに扶養者として申請することに至った経緯について、**該当するものすべてにチェック**を入れてください。
また、お届けの際に必要な**添付書類についてご確認ください**。

| 該当するものすべてにチェック | 被扶養者として申請する理由 | | 添付が必要な書類 |
|----------------|--------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | 被保険者が当健保に新規加入した | それぞれの状況に応じた書類（「2」の添付書類等） |
| | <input type="checkbox"/> | 仕事を退職した（パート含む） | →「4.」をご記入ください |
| | <input type="checkbox"/> | 雇用保険の受給が終了した | 受給資格者証の写（受給終了の印字があるもの） |
| | <input type="checkbox"/> | 収入が減少した | 雇用契約書または直近3ヶ月分の給与明細の写（収入減となった後のもの） |
| | <input type="checkbox"/> | 結婚した _____年____月____日 | それぞれの状況に応じた書類（「2」の添付書類等） |
| | <input type="checkbox"/> | 今まで扶養していた配偶者が死亡した | 住民票（世帯全員の続柄等の省略がないもの） |
| | <input type="checkbox"/> | 同居することになった | |
| | <input type="checkbox"/> | 自営業を廃業した | 廃業届の写 |
| | <input type="checkbox"/> | その他 [_____] | 必要に応じた確認書類（お問合せください） |

4. 退職後の状況について

対象者の退職理由にあわせて、その後の状況について**該当するものすべてにチェック**を入れてください。
また、お届けの際に必要な**添付書類についてご確認ください**。

| 理由 | 対象者の状況等 | 添付が必要な書類 |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 出産または介護の場合 →①② | 雇用保険の失業給付については？ | |
| | <input type="checkbox"/> 受給する | 雇用保険（失業手当）の受給額がわかるもの |
| | <input type="checkbox"/> 受給しない(受給しない理由を記載) (理由: _____) | 離職票 1.2 の写 |
| | <input type="checkbox"/> 受給開始までの間だけ扶養としたい | 受給資格者証の写（給付制限期間がわかるもの） |
| 体調不良の場合 →②③ | <input type="checkbox"/> 受給できない（雇用保険未加入） | 在職中未加入であったという内容の退職証明 |
| | 雇用保険の受給延長については？ | |
| | <input type="checkbox"/> 延長する（出産の場合予定日又は出産日） （ _____年 _____月 _____日予定・出産） | 離職票 1.2 の写、受給期間延長通知書(延長申請後) |
| その他 →① | <input type="checkbox"/> 延長しない | 離職票 1.2 の写 |
| | 傷病手当金の受給については？ | |
| | <input type="checkbox"/> 受給する | 保険給付決定支払通知書の写 |
| | <input type="checkbox"/> 受給が終了した(____年____月____日終了) | 傷病手当金の受給終了書の写、離職票 1.2 の写 |
| | <input type="checkbox"/> 受給していない | 離職票 1.2 の写 |

※ 離職票がすぐにももらえない場合は、退職証明書等(退職日が明記されているもの)を添付し、後日離職票の写を送付いただいてもかまいません。

5. 【対象者が別居の場合のみ記入】別居先住所等について

対象者の別居先について、**ご記入ください**。また、お届けの際に必要な**添付書類についてご確認ください**。

| | | | |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|
| 対象者の別居先住所 | | | |
| 別居理由 | 単身赴任の別居ですか。 はい ・ いいえ 別居理由 _____ | 被保険者からの仕送り金額 | 1ヶ月 _____円 |
| 添付が必要な書類 | ①それぞれの世帯の住民票（世帯全員の続柄等の省略がないもの） ②送金を証明できる書類（手渡しは認められません。銀行振込をした直近3ヶ月分の通帳の写等、3ヶ月分の実績を作り申請をしてください。ただし別居理由が単身赴任・遠方の学校に通うため・老人ホーム入居」の場合に限り、送金証明は不要です） | | |