

扶養状況確認票 兼 必要書類チェック票 (子)

- ◆左欄にすべて☑・記入し、回答に応じた必要書類を添付のうえご提出ください。(必ず添付した必要書類のチェック欄に☑してください)
- ◆この用紙は、被扶養者認定基準を満たしているかを判断する書類ですので、必ず事実に基づいてご記入ください。
- ◆未記入や不足書類がある場合、差し戻し等で審査に時間を要します。
- ◆必要に応じて内容の問合せや、追加書類を求める場合があります。

氏名コード

1.基本情報 (被保険者本人と、扶養に入れる子についてご記入ください)					必要書類																							
氏名	続柄	年齢	職業・学年	居住区分	【全員必須】 <input type="checkbox"/> 住民票の原本 <small>(世帯全員分、続柄・筆頭者記載のもの)</small> 【学生の場合 ※高校生以下は不要】 <input type="checkbox"/> 学生証(有効期限の記載必須)の写し 【18歳以上の場合 ※学生は不要】 <input type="checkbox"/> 所得証明書または非課税証明書の原本 <small>(役所で発行の最新年度分)</small> 【別居の場合(単身赴任除く) ※遠方進学の学生は不要】 <input type="checkbox"/> 「別居家族状況記入書(健保HPより入手)」 <input type="checkbox"/> 仕送り証明書の写し 直近3か月分																							
	被保険者 (本人)	歳	/	同居・単身赴任・別居																								
↑ 続柄は詳しく記載してください(例:長男、三女、養子 など)																												
2.扶養申請の理由																												
<input type="checkbox"/> 1)被保険者(あなた)の入社・異動 <input type="checkbox"/> 2)出生 <input type="checkbox"/> 3)その他 ↓扶養申請するに至った理由をできるだけ詳細に記入 <理由>																												
3.これまで加入していた(している)健康保険 ※出生の場合、記入不要																												
<input type="checkbox"/> 1)被保険者(あなた)の扶養に入っていた <input type="checkbox"/> 2)他の家族の扶養に入っていた→(子からみた続柄: _____) → 2) 他の家族が村田健保の加入者であった場合 <input type="checkbox"/> 3)子が勤務先で加入していた <input type="checkbox"/> 4)国民健康保険 (_____)市区町村 <input type="checkbox"/> 5)任意継続被保険者 その家族の氏名コード _____																												
4.被保険者(あなた)の配偶者の状況					必要書類																							
<input type="checkbox"/> 配偶者あり <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/> 1)健康保険の扶養に入っている</td> <td rowspan="2" style="width: 5%; text-align: center;">理由</td> <td style="width: 80%;"> <input type="checkbox"/> A)育児休業中→(□フルタイム □時短で復帰予定) <input type="checkbox"/> B)給与所得者 <input type="checkbox"/> C)自営業 </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2)扶養に入っていない</td> <td></td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> 1)健康保険の扶養に入っている	理由	<input type="checkbox"/> A)育児休業中→(□フルタイム □時短で復帰予定) <input type="checkbox"/> B)給与所得者 <input type="checkbox"/> C)自営業	<input type="checkbox"/> 2)扶養に入っていない		<input type="checkbox"/> 夫婦両方の源泉徴収票 前年分 写し <input type="checkbox"/> 被保険者の源泉徴収票(前年分) および 配偶者の確定申告書と収支内訳書の写し(直近3年分)																		
<input type="checkbox"/> 1)健康保険の扶養に入っている	理由	<input type="checkbox"/> A)育児休業中→(□フルタイム □時短で復帰予定) <input type="checkbox"/> B)給与所得者 <input type="checkbox"/> C)自営業																										
<input type="checkbox"/> 2)扶養に入っていない																												
<input type="checkbox"/> 配偶者なし <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center;">理由</td> <td style="width: 85%;"> <input type="checkbox"/> 1)離別 → 養育費 _____ 円/年 <input type="checkbox"/> 2)死別・未婚 </td> </tr> </table>					理由	<input type="checkbox"/> 1)離別 → 養育費 _____ 円/年 <input type="checkbox"/> 2)死別・未婚																						
理由	<input type="checkbox"/> 1)離別 → 養育費 _____ 円/年 <input type="checkbox"/> 2)死別・未婚																											
↓以下18歳未満は記入不要↓																												
5.子の今後1年間の見込収入 ※無の場合○、有の場合金額を記入					必要書類																							
1)給与(パート・アルバイト含む)	○ 無	月額	円	<input type="checkbox"/> 給与明細書の写し 直近3か月分 または「就労状況証明書(健保HPで入手)」																								
2)年金(種類: _____)	○ 無	年額	円	<input type="checkbox"/> 年金改定通知書 または年金振込通知書の写し(直近分)																								
3)自営業収入(農・商・漁・販売・他)	○ 無	年額	円	<input type="checkbox"/> 確定申告書第一表・第二表および収支内訳書(損益計算書)の写し 直近3年分 <small>※『直接的必要経費申告書』は希望者のみ提出 詳細は健保HPにてご確認ください</small>																								
4)家賃・不動産等の収入	○ 無	年額	円																									
5)株の配当金・利子等の収入	○ 無	年額	円	<input type="checkbox"/> 支給額を証明するもの写し(給付金決定通知書等) <input type="checkbox"/> 収入額が分かるものの写し																								
6)出産手当金、傷病手当金、労災の休業補償	○ 無	日額	円																									
7)その他継続性のある収入	○ 無	月額	円																									
6.雇用保険(失業給付)について ※学生は記入不要					必要書類																							
<input type="checkbox"/> 現在、退職してから4年以上経過もしくは現在、働いている <input type="checkbox"/> 現在、退職してから4年未満である <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/> 1)退職前に雇用保険未加入</td> <td rowspan="2" style="width: 5%; text-align: center;">理由</td> <td style="width: 80%;"> <input type="checkbox"/> A)今後は就職を希望しない <input type="checkbox"/> B)就職が決まっている(月 日) <input type="checkbox"/> C)その他(_____) </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2)受給資格なし(加入期間不足など)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3)受給しない</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4)受給を延長した、または延長する予定</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5)受給申請の予定(申請予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6)離職理由による給付制限期間中</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7)受給中</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8)受給を終了した</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> 1)退職前に雇用保険未加入	理由	<input type="checkbox"/> A)今後は就職を希望しない <input type="checkbox"/> B)就職が決まっている(月 日) <input type="checkbox"/> C)その他(_____)	<input type="checkbox"/> 2)受給資格なし(加入期間不足など)		<input type="checkbox"/> 3)受給しない			<input type="checkbox"/> 4)受給を延長した、または延長する予定			<input type="checkbox"/> 5)受給申請の予定(申請予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)			<input type="checkbox"/> 6)離職理由による給付制限期間中			<input type="checkbox"/> 7)受給中			<input type="checkbox"/> 8)受給を終了した			<input type="checkbox"/> 退職月の給与明細書の写し および 退職日の分かる書類の写し ※2)~5)共通 <input type="checkbox"/> 離職票1・2の写し (もしくは雇用保険喪失確認通知書の写し) <input type="checkbox"/> 「扶養認定願(健保HPで入手)」 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格者証の写し(両面) <input type="checkbox"/> 「扶養認定願(健保HPで入手)」(6の場合のみ)
<input type="checkbox"/> 1)退職前に雇用保険未加入	理由	<input type="checkbox"/> A)今後は就職を希望しない <input type="checkbox"/> B)就職が決まっている(月 日) <input type="checkbox"/> C)その他(_____)																										
<input type="checkbox"/> 2)受給資格なし(加入期間不足など)																												
<input type="checkbox"/> 3)受給しない																												
<input type="checkbox"/> 4)受給を延長した、または延長する予定																												
<input type="checkbox"/> 5)受給申請の予定(申請予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)																												
<input type="checkbox"/> 6)離職理由による給付制限期間中																												
<input type="checkbox"/> 7)受給中																												
<input type="checkbox"/> 8)受給を終了した																												

※個人情報の保護について：この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用致しません。