

扶養状況確認票 兼 必要書類チェック票（配偶者）

- ◆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					必要書類		
氏名	続柄	年齢	職業	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> <input type="checkbox"/> 所得証明書または非課税証明書の原本 <small>（配偶者分・役所で発行の最新年度分）</small>		
	被保険者 （本人）	歳					
	配偶者	歳		同居・単身赴任・別居			
2.扶養申請の理由					必要書類		
<input type="checkbox"/> 1)被保険者(あなた)の入社・異動 <input type="checkbox"/> 2)退職（退職日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 3)収入が減少（理由： ） <input type="checkbox"/> 4)失業給付の受給終了 <input type="checkbox"/> 5)婚姻（婚姻日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 6)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>					<input type="checkbox"/> 就労状況証明書(健保HPで入手) <input type="checkbox"/> 婚姻受理証明書(写し可) →状況によって必要書類が異なりますので、健康保険組合までご確認ください。		
3.これまで加入していた(している)健康保険							
<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→(配偶者からみた続柄: _____) <input type="checkbox"/> 3)配偶者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							
4.雇用保険(失業給付)について ※現在、働いている人は記入不要					必要書類		
<input type="checkbox"/> 現在、退職してから4年以上経過している（退職日 年 月 日） <input type="checkbox"/> 現在、退職してから4年未満である					<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 <small>（もしくは雇用保険喪失確認通知書の写し）</small> <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)」(8の場合不要)		
<input type="checkbox"/> 1)退職前に雇用保険未加入 <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 <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">理由</td> <td style="padding: 2px;"> <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> </table>						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 ()
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"/> 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、または受給途中で終了した(残日数あり) <input type="checkbox"/> 8)受給を終了した(残日数なし)							
5.配偶者の今後1年間の見込収入 ※全て記入必須(無の場合○、有の場合金額)					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	A)老齢年金	(無)	年額	円			
	B)障害年金	(無)	年額	円			
	C)遺族年金	(無)	年額	円			
	D)退職年金・企業年金・個人年金	(無)	年額	円			
	E)農業者年金	(無)	年額	円			
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 <small>(損益計算書)の写し 直近3年分</small> <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> <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			
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				
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(内容:)	(無)	月額	円				
		(無)	月額		円		
		(無)	月額		円		

※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。