

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 (世帯全員分、続柄・筆頭者記載のもの) <input type="checkbox"/> 所得証明書または非課税証明書の原本 (配偶者分・役所で発行の最新年度分)
	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"/> 失業給付について→ <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 受給予定 <input type="checkbox"/> 受給終了した(年 月 日)		<input type="checkbox"/> 以下のいずれか1点 ・退職証明書 ・健康保険資格喪失証明書 ・雇用保険離職票(写し) ・雇用保険資格喪失確認通知書(写し)
理由	<input type="checkbox"/> A)出産・育児による退職 <input type="checkbox"/> B)傷病による退職 → <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 受給予定 <input type="checkbox"/> 受給終了 <input type="checkbox"/> C)その他()	
<input type="checkbox"/> 3)勤務時間の減少により健康保険を喪失		
<input type="checkbox"/> 4)婚姻 (婚姻日: 年 月 日)		<input type="checkbox"/> 健康保険資格喪失証明書 <input type="checkbox"/> 婚姻受理証明書(写し可)
<input type="checkbox"/> 5)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>		→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		必要書類
<input type="checkbox"/> 1)被保険者(あなた)の扶養に入っていた		<input type="checkbox"/> 健康保険資格喪失証明書
<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 <input type="checkbox"/> 村田健保の任意継続 <input type="checkbox"/> その他の任意継続		

4.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		年額	円	
A)老齢年金	(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)
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(損益計算書)の写し 直近3年分 ※『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
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)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	

5.誓約書 ※誓約内容を確認してチェックを入れること	
<input type="checkbox"/> 対象者の収入を基準額未満(※下記参照)かつ被保険者の収入額の2分の1未満に調整することを誓約します。	
<input type="checkbox"/> 対象者の収入状況について、今後、貴組合から定期または不定期の調査があった場合には、その指示に従い、収入状況を確認できる所得証明書、源泉徴収票、確定申告書等の書類を提出します。	
<input type="checkbox"/> 扶養認定基準から外れる場合は、直ちに扶養から外す手続きを行います。(収入増加、自身で健康保険加入等)	
令和 年 月 日	

※収入とは給与だけでなく年金・営業所得・雑所得・雇用保険・健康保険の給付等の総収入をいいます
 ※収入基準額・・・60歳未満:年間130万円未満 60歳以上:年間180万円未満
 ※年間収入とは必ずしも1月～12月に限定されたものではなく、どの12ヶ月をとっても基準未満である必要があります

署名



※自署の場合捺印不要

※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。