

# 扶養状況確認票 兼 必要書類チェック票 (配偶者)

## 記入例

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

2点は全員必須の書類です

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 checked="" type="checkbox"/> 住民票の原本 (世帯全員分、続柄・筆頭者記載のもの) <input checked="" 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)	
村田 太郎	被保険者(本人)	30歳				
村田 花子	配偶者	30歳	無職	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 checked="" type="checkbox"/> 5)婚姻 (婚姻日: R1年 5月 5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 checked="" 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					チェックした項目に応じて、必要書類が変わります	
<input type="checkbox"/> 1)被保険者(あなた)の扶養に入っていた <input checked="" 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: 父) <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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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)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 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 checked="" 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						
無しの場合、必ず○をしてください						
<input type="checkbox"/> 1)給与(パート・アルバイト含む) 無 月額 円 <input type="checkbox"/> 2)年金 A)老齢年金 無 年額 円 <input type="checkbox"/> B)障害年金 無 年額 円 <input type="checkbox"/> 個人年金 無 年額 円 <input type="checkbox"/> 無 年額 円 <input type="checkbox"/> 無 年額 円 <input type="checkbox"/> 無 年額 円 <input checked="" type="checkbox"/> 3)自営業収入(農・商・漁・販売・他) 無 年額 円 <input type="checkbox"/> 4)家賃・不動産等の収入 無 年額 円 <input type="checkbox"/> 5)株の配当金・利子等の収入 無 年額 200,000 円 <input type="checkbox"/> 6)出産手当金、傷病手当金、労災の休業補償 無 日額 円 <input type="checkbox"/> 7)その他継続性のある収入(内容: ) 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)」 <input type="checkbox"/> 年金改定または年 <input checked="" type="checkbox"/> 確定申告(損益計算書) ※『直接的』詳細は健保HPにてご確認ください <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	
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	
今後1年間の見込収入です。退職前の給与収入の記入は不要です。					収入有の場合 その収入に関する必要書類を添付 全くの無収入の場合 収入に関する書類は添付不要	

※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。