

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
村田 太郎	被保険者(本人)	30歳			<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)
村田 花子	配偶者	30歳	無職	同居 単身赴任	<input checked="" type="checkbox"/> 所得証明書または非課税証明書の原本

次の場合、住民票の筆頭者表記が必須です
・世帯主が被保険者ではない場合

※住民票では、対象者との続柄を確認します
? 世帯主とは=住民票の1番上に名前が載る人
? 筆頭者とは=戸籍の1番上に名前が載る人

※筆頭者が被保険者ではない方は戸籍が必要な場合があります

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)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 checked="" type="checkbox"/> 婚姻受理証明書(写し可)
<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>	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 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)		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"/> 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"/> 1)退職前に雇用保険未加入		<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
<input type="checkbox"/> 2)受給資格なし(加入期間不足など)		※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 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 checked="" type="checkbox"/> 「扶養認定願(健保HPで入手)」
<input type="checkbox"/> 6)離職理由による給付制限期間中		<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"/> 7)受給中、または受給途中で終了し		
<input type="checkbox"/> 8)受給を終了した(残日数なし)		

無しの場合は、必ず○をしてください

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	<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 B)障害年金 個人年金	無 年額	<input type="checkbox"/> 年金改定 または年額
	無 年額	
	無 年額	
	無 年額	
	無 年額	
3)自営業収入(農・商・漁・販売・他)	無 年額	<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
4)家賃・不動産等の収入	無 年額	
5)株の配当金・利子等の収入	無 年額 200,000	<input type="checkbox"/> 支給額を証明するもの写し(給付金決定通知書等)
6)出産手当金、傷病手当金、労災の休業補償	無 日額	
7)その他継続性のある収入(内容:)	無 月額	

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