被 扶 養 者 現 況 書

【注意事項】

◆ この資料は被扶養者を認定するために必要なものです。次に該当する人を申請する場合は必ず提出してください。
1. 直系尊属、配偶者、１６歳以上の子、孫、兄弟姉妹
2. ３親等内の親族
3. 配偶者が扶養者となっていない場合の子

◆ 事実と相違した記載をして認定を受けた場合は、その認定を取消すとともに、これに伴い支給された保険給付金は全て返納していただきますので正確に記入して下さい。

① 今回申請する方について記入して下さい。

氏　　名	続 柄	生 年 月 日	その他（ 職場名・学校名 ）

下記(1)～(3)の該当欄に記入または○印をして下さい。

(1) 配偶者の有無		有	配偶者の年収　（　　円）	
		無	未婚 ・ 離婚（　年　月　日）・ 死別（　年　月　日）	
(2) 申請前の勤務先について	会社名			
	所在地			
	退職日	年　月　日	退職理由	
	雇用保険失業給付	申請予定 ・ 延長申請予定 ・ 無 受給中（　年　月　日まで、日額　円）		
(3) 現在、収入のある方（年収）	勤労収入	有 ・ 無　円		
	年金収入	有 ・ 無　円		
	傷病手当金	有 ・ 無　（日額）　円		
	そ の 他	（不動産・利子・副業等収入） 有 ・ 無　円		
(4)現在加入中の保険		国民健康保険・共済組合・健保組合(任意継続)・その他（　）		

② 今回申請するに至った理由。事情(経緯)その時期など、具体的に記入して下さい。

③ 家族構成（父母・祖父母の場合は同居・別居にかかわらず記入して下さい。）

氏　名	続柄	年齢	職業	勤 務 先	月　収	同居別居	住　所
	本人					同・別	
						同・別	
						同・別	
						同・別	
						同・別	

④ １ヶ月の概算生計費について記入して下さい。

(1) 生計費を負担している方について

氏　　名	所 得 の 種 類	金　　額

(2) 今回申請する方の生計費を貴方はどの程度負担していますか

全部 ・ 大半 ・ 半分 ・ 半分以下

※他の方と共同で負担している場合は、その内訳を余白に記入して下さい。

(3) 別居の場合、毎月の送金はしていますか。

している（１ヶ月の送金額：　　円） ・ していない

※送金を確認できる控えが必要です。原則手渡し不可。

上記のとおり、相違ありません。

令和　　年　　月　　日

記号	番号	氏名

住商連合健康保険組合