

申請家族（被扶養者）に関するチェックシート「18歳未満（高校生）は不要」1人一部(3枚)記入

被保険者（本人）氏名 _____ 保険証 記号 _____ 番号 _____

申請する家族の氏名 _____ 続柄 妻・子（ _____ ）・父・母・その他（ _____ ）

●全てチェックの上、必要事項をもれなく記入して下さい。

1.家族（被扶養者）の申請をする理由

- 被保険者（本人）の入社による（入社日：平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日）
- 結婚（婚姻日：平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日）
- 退職（退職日：平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日）
- 雇用形態変更による収入減（変更日：平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日）
- 同居になった（同居日：平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日）
(理由： _____)
- 今まで扶養していた者が死亡した（死亡日：平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日）
- 今まで扶養していた者が長寿医療制度（後期高齢者医療制度）に加入した
(加入年月日：平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日)
- その他（具体的に _____)

2.申請家族（扶養認定を受けようとする者）が加入している保険 又は 加入していた保険

- 国民健康保険に加入している
- その他健康保険の被保険者として現在も加入して（いる・いない） _____ 年 _____ 月 _____ 日脱退
- 被扶養者として加入している（誰の： _____)

3.申請家族の状態（この届出をするまでの扶養認定を受けようとする者の経過）

- 会社勤務（会社名： _____)
(勤務期間：昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日～平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日)
- 農業従事（農業をやめた理由： _____)
- 商業従事（商業をやめた理由： _____)
- 他の親族の扶養（被保険者からみてだれの扶養となっていたか： _____)
- その他（具体的に： _____)

4.被保険者（本人）以外に扶養すべき者がいないか、いればその旨記入して下さい。

- いない
- 他に兄弟姉妹等がいるが金銭援助は一切ない
- 他に兄弟姉妹がいて金銭援助がある（月額： _____ 円）
- 金銭援助はないが、他の支援をうけている（具体的に： _____)
- 配偶者がいるが収入が少ない（月額： _____ 円）

5.申請家族の現在の生活状況（扶養認定を受けようとする者の現在の生活状況）

- 無職無収入※1 学生※2 アルバイト・パート勤務 農業に従事
- 商業に従事 年金生活 その他（具体的に： _____)

※1 状況に応じ、非課税証明書コピー又は退職証明書コピー等を提出して下さい。

※2 学生証コピー又は在学証明書コピーを提出して下さい。

扶養申請の理由

6.農業を営んで得る収入 有 無

有の場合（耕作作物： _____）
（耕作面積： _____）

「有」の方は下記書類を添付して下さい
・直近の確定申告書控コピー
※廃業した場合は、廃業届コピー（税務署の受付印があるもの）

7.商業を営んで得る収入 有 無

有の場合（営業の場所：居住地と同じ 別の場所）
（営業の内容： _____）
（1ヶ月の平均売上 _____ 円）

「有」の方は下記書類を添付して下さい。
・直近の確定申告書控コピー
※廃業した場合は、廃業届コピー（税務署の受付印があるもの）

8.その他の収入 有 無

- (1)（アルバイト・パート等の収入： _____ 円／月）
- (2)（不動産収入： _____ 円／月）
- (3)（山林収入： _____ 円／月）

<提出書類>
(1) →直近6か月分の給与明細コピー
(2) (3) →直近の確定申告書控えコピー（税務署の受付印があるもの）

9.年金・恩給 有 無

（年金を複数受給している方は該当するもの全てをチェックして下さい。）

年金は大別して老齢・障害・遺族年金に分けられます。税法上の扱いと異なり健康保険法ではその種類に関わらず全ての年金・恩給が収入扱いとなりますので、漏れなく記載願います。

- 国民年金 年額 _____ 円
- 厚生年金 年額 _____ 円
- 厚生年金基金 年額 _____ 円
- 老齢福祉年金 年額 _____ 円
- 共済年金 年額 _____ 円
- 農業者年金 年額 _____ 円
- 船員保険年金 年額 _____ 円
- 恩給 年額 _____ 円
- その他（具体的な名称： _____ 年額 _____ 円）

<提出書類>年金振込通知書コピー又は年金額改定通知書コピー（最新のもの）

10.生活保護の有無

- (1) 生活扶助 有 月額： _____ 円 無
- (2) 医療扶助 有 無

所得の有無

所得の有無	<p>11.被保険者（本人）の給与で申請家族（扶養認定を受けようとする者）は源泉所得税の扶養控除の対象となっていますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なっている <input type="checkbox"/>なっていない</p> <p>12.被保険者（本人）の給与で申請家族（扶養認定を受けようとする者）は家族手当の支給対象となっていますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なっている 金額： _____ 円/月 <input type="checkbox"/>なっていない</p>
同居・別居区分	<p>13.同居・別居 区分</p> <p><input type="checkbox"/>同居 <input type="checkbox"/>別居</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><提出書類> 住民票コピー（世帯全員の氏名・続柄記載のもの）</p> </div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>以下は別居の方のみ記入して下さい</p> </div> <p>14.同居していない理由</p> <p><input type="checkbox"/>単身赴任 <input type="checkbox"/>その他（具体的に： _____）</p> <p>15.別居先の家屋の形態</p> <p><input type="checkbox"/>持家 どなたの持家ですか：本人「被保険者（本人）」との続柄 _____</p> <p><input type="checkbox"/>借家（<input type="checkbox"/>一戸建 <input type="checkbox"/>マンション <input type="checkbox"/>その他）家賃 _____ 円/月</p> <p><input type="checkbox"/>その他（具体的に： _____）</p> <p>16.別居先で申請家族（扶養認定を受けようとする者）は誰と同居していますか（該当者全てにチェックして下さい）※被保険者（本人）との続柄をチェックして下さい。</p> <p><input type="checkbox"/>独居 <input type="checkbox"/>父 <input type="checkbox"/>母 <input type="checkbox"/>夫 <input type="checkbox"/>妻 <input type="checkbox"/>子 <input type="checkbox"/>兄 <input type="checkbox"/>姉</p> <p><input type="checkbox"/>弟 <input type="checkbox"/>妹 <input type="checkbox"/>孫 <input type="checkbox"/>義父 <input type="checkbox"/>義母 <input type="checkbox"/>その他（続柄 _____）</p> <p style="text-align: right;">合計 _____人</p> <p>17.被保険者（本人）からの送金状況</p> <p><input type="checkbox"/>送金していない <input type="checkbox"/>毎月送金 送金額 _____ 円/月</p> <p style="margin-left: 150px;">送金方法（振込・現金書留・その他：具体的に： _____）</p> <p><input type="checkbox"/>その他の経済的な援助（具体的に： _____）</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><提出書類> 直近3ヶ月連続の振込控えコピー、現金書留控えコピー、通帳コピー等、送金を確認できるものを添付して下さい。</p> </div>

誓約書

_____を被扶養者として認定を受けるにあたり、認定後の扶養関係に異動を生じた場合は速やかにその旨を届出いたします。

なお、万一届出を怠って組合がその事実を確認した場合には、健康保険組合の権限で当該被扶養者の資格を喪失させても異存はありません。

また、被扶養者資格が失われているにも関わらず保険給付を受け、健康保険組合にご迷惑をお掛けした場合は、私が責任をもって弁済することを誓約いたします。

令和 _____年 _____月 _____日

氏名 _____

小松製作所健康保険組合理事長 殿

※このチェックシートに記入された個人情報は、健康保険業務以外には利用いたしません。