

【「健康保険被扶養者（異動）届」の添付書類】

健康保険

扶養状況届（全日制の高校生を除く16歳以上）

この届は被扶養者の認定を受けるために必要な調査書ですので、事実に基づき、漏れなく詳細にご記入ください。
未記入欄がある場合、認定できませんのでご承知おき下さい。

被保険者	事業所名称	記号・番号	氏名	配偶者の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				配偶者の収入は被保険者より	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない

【被扶養者として申請する方の状況】 該当項目に○をつけ記入してください。

認定対象者氏名	(フリガナ)	性別	生年月日	年齢	被保険者との続柄	被保険者と	配偶者の有無
		男・女	S・H・R 年 月 日	歳		同居 ・ 別居	有 無（未婚・離婚・死別）
直近又は現在加入している医療保険（該当に○をつける）	1. 国民健康保険 2. 健保・共済組合の被保険者 3. 健保・共済組合の被扶養者 4. 医療保険未加入（最終健康保険資格喪失日 R 年 月 日）						
直近の退職	退職年月日	H・R 年 月 日	勤続年数	年 ヶ月	注意：申請理由が「退職」の場合「雇用保険（公務員・退職手当）申告書」を添付		
今後の生活状況や就職の予定など詳細に							
(女性のみ) 退職日時点で出産予定がある場合は出産予定日			R 年 月 日	⇒前健康保険から「出産手当金」を受給している はい ・ いいえ			

【被扶養者として申請する方の収入の状況】 該当項目に○をつけ記入してください。

1. 公的保証の受給中であるか、受給予定はありますか？	いいえ						
	はい	内容	傷病手当金 ・ 出産手当金 ・ 労災保険の休業補償 ・ 失業給付 ・ 生活保護				
		期間	年 月 日から 年 月 日までの予定 ・ 申請前				
	受給額	円 / 日額 ・ 月額					
2. 現在収入はありますか？ (「はい」に○を付けた場合、0円の項目は「0」とご記入ください。)	いいえ	収入のない理由： ※65歳以上で老齢年金の受給がない場合は必ず理由を記入して下さい。					
	はい	援助金	誰から：	年額：			円
		給与収入 (賞与含む)	パート ・ アルバイト ・ その他（ ）			年額：	円
		年金	老齢 ・ 遺族 ・ 障害 ・ 共済 ・ 企業 ・ 個人			年額：	円
	事業	自営業 ・ 農業 ・ 不動産 ・ 利子配当			年額：	円	

【親族状況】 続柄は認定対象者からみた続柄。対象者と同居別居にかかわらず、すべてのご家族の方をご記入下さい。同世帯は全てご記入ください。

(※1) 認定対象者世帯の、住居費・食費・光熱費・通信費・教育費など基本的な支出について、誰がいくら負担しているかをご記入ください。

父母を申告する場合、同居・別居を問わずあなた(被保険者)の兄弟姉妹全員についてご記入ください。

配偶者の父母を申告する場合は配偶者の兄弟姉妹全員をご記入ください。

認定対象者からみて 続柄	氏名	年齢	職業	年金	認定対象者と 同居・別居	月収	認定対象者世帯の1か月の家計負担状況(※1)		扶養しない理由
							同居の場合	別居の場合	
							家計負担額	仕送り額	
本人		歳	有・無	有・無	同・別	万円	※必ず記入 円	円	
	被保険者	歳	有(○)・無	有・無	同・別	万円	円	円	今回扶養申請します
		歳	有・無	有・無	同・別	万円	円	円	
		歳	有・無	有・無	同・別	万円	円	円	
		歳	有・無	有・無	同・別	万円	円	円	
		歳	有・無	有・無	同・別	万円	円	円	
		歳	有・無	有・無	同・別	万円	円	円	

【あなた(被保険者)が扶養する事となった理由】 親族の状況等を含めて、詳細に記入願います。

【誓約欄】

フジ日本健康保険組合御中

今回報告しました申告内容に相違ありません。また今後被扶養者の要件に該当しなくなった場合は、速やかに除外手続きを行います。

万が一、申告内容に虚偽があったり手続きを怠った場合には認定日に遡って資格を取り消され、当該期間中に受けた保険給付等を全額返還することに異論ありません。

年 月 日

被保険者名(自署) _____