

扶養状況調査書



この調査は健康保険法第3条7項に「主として被保険者により生計を維持するもの」と定められることに基づき、健康保険被扶養者届の確認資料として提出するものです。
ご記入いただいた個人情報、扶養の手続きにのみ利用させていただきます。

被保険者証		被保険者氏名(あなた)	認定対象者(被扶養者)氏名	続柄
記号	番号			

(A) 被保険者(あなた)の年間収入額(税金控除前の総収入額)について、該当する番号に○をつけてください。

1. 260万円未満
2. 260万円以上360万円未満
3. 360万円以上

(B) 認定対象者(被扶養者)について記入してください。

ア) 扶養するに至った理由を該当する番号に○をつけてください。

1. 退職による
2. 婚姻による
3. その他(具体的な理由を記入: _____)

イ) 今まで加入していた健康保険について該当する番号に○をつけてください。

1. 国民健康保険
2. 健康保険(勤務していた会社の健康保険)の被保険者
3. 任意継続被保険者(勤務していた会社を退職した後の健康保険)
4. 家族の健康保険の被扶養者
5. 未加入(いつから未加入ですか: _____ 年 _____ 月 _____ 日から)

ウ) イ)で加入していた健康保険の資格喪失日を記入してください。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 喪失 _____

エ) 雇用保険(失業給付)の受給について、該当する番号に○をつけてください。

1. 受給しない(理由を記入: _____)
2. 申請予定
3. 申請中
4. 受給中
5. 受給延長(理由を記入: _____)
6. 受給終了
7. 受給資格なし(加入なし)

オ) 配偶者の有無について該当する番号に○をつけてください。

1. 有
2. 無(1. 未婚 2. 死別 3. 離婚)

カ) 出産予定の有無について、該当する番号に○をつけてください。

1. 有(出産予定日:平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日)
2. 無

キ) 傷病手当金の受給について、該当する番号に○をつけてください。

1. 受給していない
2. 受給中
3. 受給終了

ク) 年金の受給について、該当する番号に○をつけてください。

1. 受給している
2. 受給年齢に達していないため、受給していない
3. 受給していない(具体的な理由を記入: _____)

ケ) 今後、見込まれる年間収入額について記入してください。

収入の種類		金額	
【給与収入等】 <small>※税金控除前の総収入額を記入してください (交通費含む)</small>	パート	月額	円
	アルバイト	賞与	円
	フリーター等の収入	年収	円
	配当・利子	年間	円
【年金・恩給等】 <small>※介護保険料控除前の支給額を記入してください</small>	老齢基礎・厚生年金	年間	円
	遺族年金	年間	円
	障害年金	年間	円
	厚生年金基金	年間	円
	農業者年金	年間	円
	共済年金	年間	円
	恩給	年間	円
	その他年金	年間	円
【事業所得等】 <small>※[売上金額-(売上原価+必要経費)]の金額を記入してください</small>	自営業	年間	円
	農業	年間	円
	不動産	年間	円
	その他	年間	円
合計金額			円

(C) 認定対象者(被扶養者)の生計費をどなたが負担しているか該当する番号に○をつけてください。

1. 被保険者(あなた)が、認定対象者(被扶養者)の生計費の半分～全額を負担している
2. 被保険者(あなた)が、認定対象者(被扶養者)の生計費の半分未満を負担している
3. 被保険者(あなた)以外の家族が、認定対象者(被扶養者)の生計費の半分～全額を負担している
4. 被保険者(あなた)以外の家族が、認定対象者(被扶養者)の生計費の半分未満を負担している
5. 認定対象者(被扶養者)が、自分の収入だけで、生計を立てている
6. その他(具体的な状況を記入: _____)

(D) (C)で、1. に○をつけた方は家族世帯の生計費の負担額について記入してください。

同居家族申請の場合:被保険者(あなた)と生計を共にしている同居家族の生計費の内訳を記入
 別居家族申請の場合:別居家族世帯の生計費の内訳を記入

生計費の内訳			年間負担額
①被保険者が負担している金額(別居の場合は被保険者からの送金額を記入)			円
②認定対象者が負担している金額			円
③被保険者・認定対象者以外が負担している金額	氏名	続柄	円
	氏名	続柄	円
	氏名	続柄	円
合計(①+②+③)			円

生計費とは…食料費、住居関係費、被服費・履物費、雑費などの生活を維持するために必要な生活費用をいいます

上記の申請内容に相違ありません。
 なお、事実と相違していた場合は被扶養者の認定取り消しはもちろんのこと、医療費等の保険給付について返納することに異議ありません。
 平成 年 月 日
 YKK健康保険組合 理事長 殿
 被保険者氏名 _____ (印)