

健康保険被扶養者調書等について

被扶養者調書のご記入にあたり、下記事項を必ずご一読いただき、内容に同意された上で、
被扶養者の申請手続きを行ってくださいますようお願いいたします。
なお、記載事項を訂正した場合は、その箇所に二重線を引いてください。

●被扶養者について

健康保険の被扶養者になるには家族なら誰でもなれるというのではなく被保険者が被扶養者の生計を主として維持していることと継続的に扶養する能力があることなど一定の条件を満たすことが必要です。

●被扶養者の認定基準

被扶養者認定には下記の項目により総合的に審査した上で被扶養者に該当するかを判断します。

- (1) 申請のご家族は、健康保険法に定める被扶養者の範囲であること
- (2) 被保険者がその家族を経済的に主として扶養している事実があること(その家族の生活費の半分以上を負担していること)
- (3) 扶養義務者に扶養能力がなく、被保険者が申請のご家族を扶養せざるをえない理由があること
- (4) 被保険者には継続的にその家族を養う経済的能力があること
- (5) 申請のご家族の年収は被保険者の年収の1/2未満であること
- (6) 申請のご家族の年間の収入が130万円未満(60歳以上、または障害厚生年金受給者等は180万円未満)であること
- (7) 申請のご家族ならびにその扶養義務者に収入がある場合は、ご家族各々の年収を考慮に入れて判断すること

※ 18歳以上65歳未満の方は就労可能な年齢にあり、被保険者の経済的援助がなくても自立して生活できる場合があります。
このため、18歳以上のご家族を被扶養者として申請する際には、書類の提出により就労できない状態にあることなどの証明及び被保険者が生活費のほとんどを援助している事を証明する書類の提出が必要になります。
特に、働ける年齢のお子様や父母の場合は、その年齢、収入、扶養に至った理由などを勘案し、認定の可否を判断させていただいております。

●調書について

- 扶養申請対象者すべての方について調書をご提出ください。
- この調書は、被保険者が被扶養者の生計を維持していることと継続的に扶養する能力があること等についての被扶養者資格認定時の立証書類として重要な資料となりますので、必ず事実に基づいて全てご記入下さい。
- 記載不備や添付書類が無い場合には被扶養者認定の判断ができませんので受付できません。
なお、認定後事実と相違した場合は、認定時に遡って被扶養者の資格を取り消す場合もあります。
- 添付書類は別紙「被扶養者異動届添付書類一覧表」にてご確認ください。
認定にあたり厳正なる審査をいたしますので、状況に応じては追加書類の提出を求めることがあります。

被扶養者調書の提出にあたり、別紙「被扶養者調書等について」を一読し、内容について同意します。

下記の申請内容に虚偽があった場合には、扶養認定日に遡り被扶養者の資格喪失をされても異議はありません。

記載事項を訂正した場合は、その箇所に二重線を引いてください。

また、その間にかかった医療費や保健事業費等の健保組合が負担した費用は全て返還致します。

尚、就職した場合や収入に変動等があった場合は、速やかに「被扶養者(異動)届」により必要な扶養削除の手続きを行います。

令和 年 月 日

勤務先事業所名			電話	()
被保険者証	記号	番号	被保険者氏名	

育児休業取得予定 ☐なし ☐あり:取得期間 年 月 日から 年 月 日迄

フリガナ		性別	続柄	生年月日	年齢	同居・別居	現住所
氏名				昭平令	歳	同・別	

<p>【1】被扶養者として申請することになった経緯を教えてください</p> <p>扶養者として申請する具体的理由を記入（申請者の状況、扶養されるまでの経緯、他の扶養義務者が扶養できず、被保険者が扶養せざるを得なくなった経緯を詳しく）</p> <p>注意：未記入の場合は差し戻しいたします。</p>

【2】今回、扶養申請する方について記入してください(当該事項のいずれかに✓をし、記入箇所はもれのないようにしてください)

1. 現在、加入の健康保険はありますか 入社に伴う申請の方は、入社日前の加入健保 について最終加入健保を記入してください。	<input type="checkbox"/> いいえ	最終加入健保組合名() 年 月 日 喪失				
	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 勤務先の健康保険 <input type="checkbox"/> 各種共済組合				
2. 現在働いていますか	<input type="checkbox"/> いいえ	退職事由 <input type="checkbox"/> 定年 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 会社都合 <input type="checkbox"/> 自営業廃業 <input type="checkbox"/> 出産(予定日 月 日) <input type="checkbox"/> その他()				
		今までの勤務先 勤務期間 年 月 日 ~ 年 月 日				
		※自営業者は今までの勤務先に業種を記入してください。				
	<input type="checkbox"/> はい	勤務先 ※自営業者は勤務先に業種を記入してください。				
3. 働いていた方は雇用保険(失業給付)の 受給状況について教えてください	<input type="checkbox"/> 受給中	年 月 日 ~ 月 日頃までの予定		基本手当日額(円)		
	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請予定	年 月 日 申請 ・ 申請予定				
	<input type="checkbox"/> 延長中 <input type="checkbox"/> 延長予定	理由() 通知書提出予定日【 年 月 日】				
	<input type="checkbox"/> 受給終了	受給終了日: 年 月 日				
	<input type="checkbox"/> 受給しない					
	<input type="checkbox"/> 未加入					
注)基本手当日額が3,612円(60歳以上は5,000円)以上 あれば受給中は扶養になれません。						
4. 現在、収入がありますか 〔 <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい 〕 年間収入額(円)	内 訳	給与	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	年間収入額 円	
		年金・恩給	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	(年金)(年額 円) ※年金は老齢・遺族・障害・企業・恩給・基金・労災補償等含む	
		社会保険給付等	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	(金)(月額 円) ※社会保険給付等は傷病手当金・出産手当金・労災保険の休業補償等含む	
		その他	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	(年額 円) <input type="checkbox"/> 利子 <input type="checkbox"/> 配当 <input type="checkbox"/> 不動産収入 <input type="checkbox"/> 自営収入 <input type="checkbox"/> その他()	
		※「収入」とは、給与(賞与・交通費含む)・年金などの事で、一時的な収入(退職金・賞金・配当金・保険の払戻金・相続など)は、こ こでいう「収入」とはみなしません。 また、「収入」とは「総収入」の ことで「所得」ではありません。 「年間収入」とは税法上とは異なり、収入を得た日から 向こう1年間の収入見込額のことです。				
5. 被保険者とは同居していますか	<input type="checkbox"/> 同居					
	<input type="checkbox"/> 別居	別居の理由 ()				
		被保険者から申請対象者への仕送り額 (月額 円)				
		被保険者以外から申請対象者への仕送り額 (月額 円) 仕送る者の氏名() 申請対象者との続柄()				

【3】扶養申請する方以外のご家族について教えてください（認定対象者が配偶者の場合は不要です）

1. 扶養申請対象者に同居家族はいますか	<input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい
2. 勤務先から扶養申請対象者について家族手当をもらっている方はいますか	<input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい 氏名() 続柄()
3. 被保険者の離婚等により、申請対象者について養育費をもらっていますか	<input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい (月額 円)
4. 扶養申請対象者の扶養義務者がいないか確認するため、ご家族(配偶者、親、兄弟姉妹等)の情報を記入ください ※続柄、同居・別居は扶養申請対象者からみた関係・状況で記入下さい	

氏 名	続 柄	年 齢	職 業	年 収	シミック健保加入者は記号番号	同居・別居	住 所	扶養できない理由
					記号 番号	同 ・ 別		
					記号 番号	同 ・ 別		
					記号 番号	同 ・ 別		
					記号 番号	同 ・ 別		