

扶 養 状 況 届

この届書は、被扶養者認定をするために必要であり、追加申請をする人ひとりにつき1枚ご記入頂くものです。
 ただし、続柄が被保険者の子（養子含む）にあたり、中学生以下の方および高校生以上の全日制の学生の方は
 本届出を省略することができます。各欄に記入し、**該当する□には印をつけてください。**

収入がないものについては必ず0円を記入してください。記入がない場合提示できない収入がある方とみなし、
 審査不能で否認することがあります。

※ご記入頂いた内容については、被扶養者認定の資料、保険給付の参考資料としてのみ使用いたします

被 保 険 者	記号	番号	配偶者の 有無	<input type="checkbox"/> 有	配偶者の収入はAより	<input type="checkbox"/> 多い
	氏名	【A】		<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 少ない

※書類をご提出いただいても被扶養者として認定しない場合もありますのでご了承ください。（否認の場合も返却しません）

認 定 対 象 者	★今回扶養追加を申請する人について					
	氏名	年齢	Aとの続柄	職業	Bの配偶者の有無	Aと同居か
	【B】	歳			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無（ <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他）	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	★Bと同居の家族（Aを除く）					
	氏名	年齢	Aとの続柄	職業	年間収入	
					円/年	
					円/年	
					円/年	
					円/年	
					円/年	
	★BがAと別居の場合の仕送り額について					
	Aからの毎月の仕送り額			円 ※手渡し不可・申請時送金証明最低1回添付		
	★Bの現在の収入、今後の収入見込みについて該当する全てをご記入ください（非課税分含む）					
	<input type="checkbox"/> 給与（アルバイト、パート等）					円/月
	<input type="checkbox"/> 自営業					円/月
<input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> その他の年金（					円/月	
<input type="checkbox"/> 不動産賃貸料等					円/月	
<input type="checkbox"/> 雇用保険失業等給付金					円/月	
<input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> 出産手当金（	年	月	日	<input type="checkbox"/> 出産 ・ <input type="checkbox"/> 予定）	円/月	
<input type="checkbox"/> その他（					円/月	
<input type="checkbox"/> 無収入					頃から	
★Bの最終職歴について						
職歴の有無	<input type="checkbox"/> 無					
	<input type="checkbox"/> 有	会社名： 退職年月日： 年 月 日				
雇用保険失業 給付等受給の 有無	<input type="checkbox"/> 有 (受給予定・ 受給権ありを 含む)	<input type="checkbox"/> 自己都合退職のため、待期、給付制限中				
		<input type="checkbox"/> 受給延長中・延長予定 理由（				
		<input type="checkbox"/> 受給中				円/日
	<input type="checkbox"/> 受給終了					
<input type="checkbox"/> 無	(理由)	<input type="checkbox"/> 雇用保険未加入 <input type="checkbox"/> 加入期間不足 <input type="checkbox"/> 就職の意思なし <input type="checkbox"/> その他※ ※その他の場合は必ず理由をご記入ください				
	()

記入内容に相違・不足があった場合には認定取り消しとなる場合があること、
 またそれに伴い医療費精算等が行われることを理解いたしました

年 月 日

被保険者署名	
--------	--