

伺年月日 年 月 日 NO1

常務理事	事務長	職員

扶養状況届 (被扶養者届付属調書)

記号	番号	被保険者名	新規認定者名	生年月日	続柄	同、別居
101	501	日油 四郎	日油 正一郎	S15.5.1	父	同居
扶 養 理 由	1 扶養される迄の経過 (現在加入の健康保険, 現在の生活状況等) 現在は国民健康保険に加入。					
	2 被保険者が扶養しなければならない理由 収入が少なく、金銭的援助無しでは生活していけないため。					
	3 被保険者以外に扶養すべき者の有無 (有の場合は氏名を記入) <input checked="" type="checkbox"/> 有: 氏名 油脂 花子 続柄: 姉 <input type="checkbox"/> 無					
所 得 の 有 無	4 年金、恩給 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
	(1)種別 国民年金 年額 300,000 円					
	(2)種別 年額 円					
	(3)種別 年額 円					
	合計額 円					
	5 商業を営んで得る収入 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無					
	(1)営業場所 <input type="checkbox"/> 住居地 <input type="checkbox"/> 別の場所					
(2)営業内容						
(3)1ヶ月の売上高 円						
6 農業を営んで得る収入 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
1ヶ月の収入 30,000 円位						
7 失業保険金 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無						
(1)支払期間 年 月 日 ~ 年 月 日						
(2)支払金額 日額 円 × 365 = 総額 円						

所得の有無	8 その他の収入 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(1)勤労所得 (パート、アルバイト)
	ひと月の稼働日数 _____ 日位
	ひと月の収入 _____ 円位
	(2)家賃収入1ヶ月 _____ 円
(3)山林収入 _____ 円	
(4)車庫、駐車場収入1ヶ月 20,000 円	
(5)その他1ヶ月 _____ 円	
9 被保険者の家族手当対策の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
10 被保険者の源泉所得税控除対象の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
生活費	11 新規承認者の生計費(1ヵ月)負担内容
	新規扶養者負担額 75,000 円
	被保険者負担額 80,000 円
	その他親族負担額 0 円
*合計額 150,000 円	
12 被保険者の年間所得(税金、社会保険料控除後)	
4,900,000 円	
別居内容	13 別居理由
	14 別居先家屋
	<input type="checkbox"/> 持家 所有者 <input type="checkbox"/> 借家 (<input type="checkbox"/> 1戸建、マンション <input type="checkbox"/> 文化アパート) <input type="checkbox"/> その他
15 同居人の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
有の場合 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 (氏名 _____ 続柄 _____)	
合: <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他 (氏名 _____ 続柄 _____)	
16 被保険者の送金 1ヵ月 _____ 円 送金帳票 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
健康	17 新規認定者の健康状況 いたって健康です。

内容:

被保険者・他の被扶養者とのバランスを考慮します

氏名:

被保険者住所 **渋谷区恵比寿4-20-3**

氏名 **日油 四郎**

