

提出日を記入 養者調査票

チェックする

| | | | | |
|----------|------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 提出日 | 令和 3 年 10 月 10 日 | | 被保険者が記載内容に誤りがないことを確認したので申請します <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 被保険者証 | 記号 999 | 番号 999999 | 被保険者氏名 健保 太郎 | |
| 申請する被扶養者 | 健保 花子 | | 続柄 妻 | 生年月日 昭和 平成 2 年 2 月 20 日 <input checked="" type="checkbox"/> 同居 別居 <input checked="" type="checkbox"/> |

〔18歳以上の家族を新規扶養にする際に「被扶養者（異動）届」とセットにして提出してください〕

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------|--------------|--------|----------------------------------------------------------------------|--------|--------------|----------------------------------------------------------------------|--------|---------------|----------------------------------------------------------------------|--------|--------------|----------------------------------------------------------------------|--------|---------------|----------------------------------------------------------------------|--------|--------------------|----------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------|------|--------------|
| <p>【1】今回、申請されることになった理由を記入してください</p> <p><配偶者></p> <p>1. 退職（ 年 月 日付）して収入が減ったため</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 2. 結婚（ 3 年 10 月 1 日付）したため</p> <p>3. その他（申請理由を詳細に記載すること）</p> <p>〔 〕</p> <p><配偶者以外></p> <p>①18歳以上60歳未満：働けない理由および申請理由</p> <p>②60歳以上：申請理由</p> <p>〔 〕</p> <p>退職後に雇用保険の失業等給付を受給しない（できない）理由</p> <p>〔 〕</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>【2】申請された方の状況について記入してください</p> <p>1. 健康保険について現在の状況</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>健康保険に加入中 <input type="checkbox"/>無保険（未加入） <input type="checkbox"/>その他（ ）</p> <p>2. 今まで加入していた、もしくは現在加入している健康保険</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>国民健康保険 <input type="checkbox"/>勤務先の健康保険 <input type="checkbox"/>共済組合 <input type="checkbox"/>その他（ ）</p> <p>3. 現在の就労状況</p> <p><input type="checkbox"/>働いていた（ 年 月 まで） <input type="checkbox"/>働いていない <input checked="" type="checkbox"/>働いている（月平均収入 80,000 円）</p> <p>4. 雇用保険の失業給付受給資格の状況を記入（該当に○印を記入）</p> <p>①受給資格なし ②受給中 ③申請中 ④受給終了 <input checked="" type="checkbox"/>⑤受けない ⑥時期を見て申請（予定時期 年 月頃）</p> <p>※ ①⑤⑥に該当する方は離職票1.2（写）を提出してください。</p> <p>※ ②③④に該当する方は受給資格者証（表・裏の写）を提出してください。</p> <p>※ 受給期間延長手続き中の方は手続き完了後、受給期間延長通知書を提出してください。</p> <p>5. 年金の受給資格状況を記入</p> <p>①受給中 ②申請中 <input checked="" type="checkbox"/>③まだ申請できない ④受給資格なし</p> <p>※60歳以上または障害者で年金を受給できない場合はその理由を記入（ ）</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>【3】申請された方の年間見込み収入（全ての項目を記入）</p> <table border="0"> <tr> <td>① 給与収入</td> <td><input type="checkbox"/>なし <input checked="" type="checkbox"/>あり ⇒</td> <td>年額 960,000 円</td> </tr> <tr> <td>② 年金収入</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ⇒</td> <td>年額 0 円</td> </tr> <tr> <td>③ 事業収入（所得不可）</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ⇒</td> <td>年額 0 円</td> </tr> <tr> <td>④ 不動産収入（所得不可）</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ⇒</td> <td>年額 0 円</td> </tr> <tr> <td>⑤ 利子・配当等の雑収入</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ⇒</td> <td>年額 0 円</td> </tr> <tr> <td>⑥ 雇用保険の失業給付受給</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ⇒</td> <td>年額 0 円</td> </tr> <tr> <td>⑦ 健康保険の傷病手当金・出産手当金</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ⇒</td> <td>年額 0 円</td> </tr> <tr> <td>⑧ その他継続性のある収入（他者からの仕送りなど）</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ⇒</td> <td>年額 0 円</td> </tr> <tr> <td>上記「収入」とは申請日から未来1年間の予測収入とする</td> <td>年間合計</td> <td>年額 960,000 円</td> </tr> </table> <p style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px;">収入のわかる資料を添付</p> | | ① 給与収入 | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ⇒ | 年額 960,000 円 | ② 年金収入 | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ | 年額 0 円 | ③ 事業収入（所得不可） | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ | 年額 0 円 | ④ 不動産収入（所得不可） | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ | 年額 0 円 | ⑤ 利子・配当等の雑収入 | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ | 年額 0 円 | ⑥ 雇用保険の失業給付受給 | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ | 年額 0 円 | ⑦ 健康保険の傷病手当金・出産手当金 | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ | 年額 0 円 | ⑧ その他継続性のある収入（他者からの仕送りなど） | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ | 年額 0 円 | 上記「収入」とは申請日から未来1年間の予測収入とする | 年間合計 | 年額 960,000 円 |
| ① 給与収入 | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ⇒ | 年額 960,000 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ② 年金収入 | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ | 年額 0 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③ 事業収入（所得不可） | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ | 年額 0 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ④ 不動産収入（所得不可） | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ | 年額 0 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑤ 利子・配当等の雑収入 | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ | 年額 0 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑥ 雇用保険の失業給付受給 | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ | 年額 0 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑦ 健康保険の傷病手当金・出産手当金 | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ | 年額 0 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑧ その他継続性のある収入（他者からの仕送りなど） | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ | 年額 0 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記「収入」とは申請日から未来1年間の予測収入とする | 年間合計 | 年額 960,000 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>【4】申請された方は、被保険者の税法上の扶養家族になるか</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>1. 「なっている」または「今後なる」</p> <p>2. 「ならない」または「なれない」理由（ ）</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>【5】被保険者と別居している場合</p> <p><input type="checkbox"/>個人都合（理由： ）での別居（下記1.2に回答すること） <input type="checkbox"/>会社都合での別居</p> <p>1. 申請された方と同居している人はいますか</p> <p><input type="checkbox"/>いる（ 人、申請された方との続柄 ） <input type="checkbox"/>いない</p> <p>2. 現在、申請された方の生活費はどうしていますか</p> <p><input type="checkbox"/>被保険者から（すべて 一部）援助を受けている（月額 円・仕送り証明添付）</p> <p><input type="checkbox"/>援助を受けずに自分で生活している</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>【6】誓約</p> <p>今回の申請内容に相違ありません。</p> <p>なお、事実と相違した内容があった場合には、被扶養者としての認定を遡って取り消し、保険給付の返還をすることに異存はありません。また、被扶養者の認定基準から外れた時には、直ちに扶養削除の手続きをいたします。</p> <p style="text-align: center;">被保険者氏名 健保 太郎</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |