

家族状況(実態)報告書

記入例

様式① <配偶者、実子(養子)用>

※18歳未満の実子(養子)は不要

* 太枠内の該当する部分に記入(または該当項目□内にし点)し、「被扶養者異動届」と必要な添付書類をあわせて提出して下さい。
 添付書類の詳細は別紙一覧表をご確認下さい。尚、記入した内容は、他(社)への転用や他(社)への目的で使用されることはありません。
 * 家族状況(実態)報告書は1人につき1部必要です。

入社前で不明の場合は
記入不要です

| | | | |
|------------|--------------|--------|-------|
| 被保険者 記号・番号 | 101 - 123456 | 被保険者氏名 | 健保 太郎 |
|------------|--------------|--------|-------|

[1] 今回申請する対象者 : 以後(申請対象者)といいます。

| | | | | | |
|----------|---|------|---|-----|---|
| 氏名 | 健保 花子 | 生年月日 | <input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 60年 1月 18日 | 続柄 | 妻 |
| 居住家屋について | <input checked="" type="checkbox"/> 同居(住居と家計を同一) <input type="checkbox"/> 別居(被保険者が単身赴任) <input type="checkbox"/> 別居(二世帯含む家計は別) <input type="checkbox"/> 別居(家計は同一) その他() | | | | |
| 仕送額 | 円/月 | | 職業または学生 | パート | |

【仕送額 注意事項】

- 居住家屋項目が同居か単身赴任以外の方は仕送りが必要です。仕送額もご記入下さい。(別居の学生は不要)
- 申請対象者の収入以上かつ**健保の定める最低基準額**以上であること。 ※申請対象者の収入＝年収額÷12ヵ月
- 仕送りは毎月が原則。但し、海外送金の場合は3ヵ月に1回を

健保の定める最低基準額は
在居健保HPよりご確認ください
入社前の方もご覧になれます

[2] 申請事由

| | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 被保険者の入社に伴う為 | <input checked="" type="checkbox"/> 申請対象者の収入が減少した為 |
| <input type="checkbox"/> 被保険者と婚姻の為 | <input type="checkbox"/> 申請対象者の雇用形態変更の為 |
| <input type="checkbox"/> 申請対象者が退職した為 | <input type="checkbox"/> 申請対象者の死亡の為 |
| <input type="checkbox"/> 被保険者と同居した為 | <input type="checkbox"/> その他(詳細を別紙に記入) |

退職日の翌日を記入ください
【例】退職日 3月31日の場合
喪失日 4月1日

[3] 申請対象者の加入していた(いる)健康保険の種類

| | | |
|---|--|------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 他の健康保険、共済組合 → | <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 | 喪失日: 4年 4月 1日 |
| <input type="checkbox"/> 任意継続(上記組合喪失後) → | <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 | 喪失日: 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 国民健康保険 | <input type="checkbox"/> 生活保護 | <input type="checkbox"/> 無保険 |

[4] 申請対象者の年間収入について : 認定申請日以降の収入 (該当するもの全てご記入下さい)

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 給与収入(今後1年間の見込) | 600000 | 円/年 |
| ※(直近3ヶ月の給与の総支給額の合計)÷3×12ヶ月]+[賞与総額]又は勤務先発行の年間収入証明書に記載された年収額 | | |
| <input type="checkbox"/> 年金収入(今後1年間の見込) | 円/年 | |
| <input type="checkbox"/> 老齢基礎 <input type="checkbox"/> 老齢厚生 <input type="checkbox"/> 退職共済 <input type="checkbox"/> 年金基金 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> その他(正式名称) | | |
| ※支給金額×1年間に支給される回数(老齢厚生年金は6回、恩給は4回等)④介護保険料控除前の金額 | | |
| <input type="checkbox"/> 事業収入等確定申告している方 | 円/年 | |
| ※直近の確定申告書にて申告した「収入金額等」欄の合計額(不動産収入、利子収入、配当収入等を含む) | | |
| <input type="checkbox"/> 雇用保険関連(受給中、又は今後1年間で受給) | 円/年 | |
| ※雇用保険受給資格者証の「基本手当日額」、育児手当は日額に換算 | | |
| <input type="checkbox"/> 傷病手当金(受給中、又は今後1年間で受給) | 円/年 | |
| ※手当金日額:不明な場合は支給先の健保にご確認下さい | | |
| <input type="checkbox"/> 出産手当金(受給中、又は今後1年間で受給) | 円/日 | |
| ※手当金日額:不明な場合は支給先の健保にご確認下さい | | |
| <input type="checkbox"/> その他の収入(内容) | 円/年 | |
| ※収入の内容・金額を具体的に記入。確定申告していない事業収入・生活保護等を含む | | |
| (収入無の場合) | | |
| <input type="checkbox"/> 無職 | <input type="checkbox"/> 学生 | <input type="checkbox"/> その他(内容) |

年間収入は
各項目の 印にある注意事項に従い
年間収入額を記入ください
【被扶養者を申請するときの提出書類
別紙2参照】

[5] 申請対象者が過去3年以内に退職している場合は記入して下さい

| | | | | |
|---------------|---|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| 退職日 | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 年 月 日 | 退職理由 | <input type="checkbox"/> 自己都合 | <input type="checkbox"/> 会社都合 |
| 雇用保険の失業給付について | <input type="checkbox"/> 受給予定 | <input type="checkbox"/> 受給中 | <input type="checkbox"/> 受給終了 | <input type="checkbox"/> 受給延長中 |
| | <input type="checkbox"/> 受給しない | <input type="checkbox"/> 受給資格がない | <input type="checkbox"/> 未手続 | |
| | ※ 別紙「雇用保険(公務員:退職手当)申告書」のご提出も必要です。 | | | |

[6] 申請対象者が【子】の場合 <必須提出書類> 配偶者の直近の所得証明(写)または源泉徴収票(写)

| | | | | | | |
|---|----------------------------|--|--|----|--|------------------------------|
| 被保険者としての配偶者 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 荏原健保組合 記号 | | 番号 | | <input type="checkbox"/> 他健保 |
| | <input type="checkbox"/> 無 | 理由: <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| ※配偶者がいない、配偶者が荏原健保組合の被保険者の場合は、所得証明(写)または源泉徴収票(写)は不要。 | | | | | | |
| 申請対象者の配偶者 | <input type="checkbox"/> 有 | その方が申請 | 夫婦ともに収入があり共同で子供を扶養している場合、健康保険では夫婦の収入を比較し、将来継続して収入が多い方の被扶養者となります。原則として年間収入の多い方が主として生計を維持しているとみなし、その人の被扶養者とします。また、子どもが複数いる場合、1人は夫、1人は妻というように扶養を分けることはできずすべて収入の多い方の被扶養者となります。 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 無 | | | | | |

[7] 誓約

上記の申請内容に相違ありません。
 なお、下記事由に該当した場合には被扶養者の認定を遡って取り消し、保険給付金や各種補助金の全額を返還することに異存ありません。
 また、被扶養者の認定基準から外れたときには、直ちに扶養削除の手続きをします。

①事実と相違した内容があったとき

②認定の際、後日提出を求められていた書類があり、その書類を期日までに提出できなかったとき

令和 4 年 5 月 7 日 被保険者氏名 健保 太郎

↑
 作成日を必ず記入ください

※提出する前に記入もれがないか再度ご確認ください。