

# 家族状況(実態)報告書

記入例

様式② <同居家族用 配偶者・実子(養子)除く>

- \* 被保険者が単身赴任の場合は同居用へ記載してください→申請対象者が被保険者の配偶者と同居が必須。
- \* 太枠内の該当する部分に記入(または該当項目□内にレ点)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、記入以外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 和子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 37年 3月 28日	続柄	母
居住家屋について	<input checked="" type="checkbox"/> 住居と家計が同一 <input type="checkbox"/> 被保険者が単身赴任のため別居 <input type="checkbox"/> その他 ( )				

※次の場合は別居となりますので別居用をご利用ください。(別居家族用 様式③)  
 1.住居は同一だが家計は別にしている(二世帯住宅等)  
 2.同じ敷地内の別棟や同じマンションの別戸に居住している

## [2] 申請事由

<input type="checkbox"/> 被保険者の入社に伴う為	<input type="checkbox"/> 申請対象者の収入が減少した為
<input type="checkbox"/> 申請対象者が退職した為	<input type="checkbox"/> 申請対象者の雇用形態変更の為
<input type="checkbox"/> 申請対象者の雇用保険受給終了の為	<input type="checkbox"/> その他(詳)
<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と同居した為	

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 type="checkbox"/> 被保険者	<input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	喪失日: 4年 3月 18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 type="checkbox"/> 給与収入(今後1年間の見込)	0	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 checked="" type="checkbox"/> 年金収入(今後1年間の見込)	1200000	円/年
(種別)	<input type="checkbox"/> 老齢基礎 <input checked="" type="checkbox"/> 老齢厚生 <input type="checkbox"/> 退職共済 <input type="checkbox"/> 年金基金 <input checked="" 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)⑨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、雑収入等)		
<input type="checkbox"/> 雇用保険関連(受給中、又は今後1年間で受給)		
※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)		
※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)		
※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  
各項目にある 印の注意事項に従い  
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 checked="" type="checkbox"/> R 3年 3月 31日	退職理由	<input checked="" 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 checked="" 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] 申請対象者の三親等内の親族の有無・状況

申請対象者の配偶者	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	加入している健康保険	<input type="checkbox"/> 荏原健保 <input type="checkbox"/> 他健保 <input type="checkbox"/> 国民保険 <input type="checkbox"/> その他
	<input checked="" type="checkbox"/> 無	理由: <input checked="" type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> その他 ( )	収入について ① 内容	<input type="checkbox"/> 給与収入 <input type="checkbox"/> 年金収入 <input type="checkbox"/> 事業収入 ②年収額 円
申請対象者の両親	父	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	加入している健康保険 <input type="checkbox"/> 荏原健保 <input type="checkbox"/> 他健保 <input type="checkbox"/> 国民保険 <input type="checkbox"/> その他
	父	<input checked="" type="checkbox"/> 無	理由: <input checked="" type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> その他 ( )	収入について ① 内容 <input type="checkbox"/> 給与収入 <input type="checkbox"/> 年金収入 <input type="checkbox"/> 事業収入 ②年収額 円
申請対象者の両親	母	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	加入している健康保険 <input type="checkbox"/> 荏原健保 <input type="checkbox"/> 他健保 <input type="checkbox"/> 国民保険 <input type="checkbox"/> その他
	母	<input checked="" type="checkbox"/> 無	理由: <input checked="" type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> その他 ( )	収入について ① 内容 <input type="checkbox"/> 給与収入 <input type="checkbox"/> 年金収入 <input type="checkbox"/> 事業収入 ②年収額 円
上記以外の同居親族(三親等内)	<input checked="" type="checkbox"/> 有	①人数 ( 1 人 ) ②申請対象者から見た続柄 ( 二男 )		
	<input type="checkbox"/> 無	※上記の①、②は有の場合のみ記入してください。別途状況を確認させていただきます。		

【記入例】  
母の雇用形態が変更になり、収入が減少したため扶養することとなった

[7] 生計維持関係について以下2点を具体的にご記入ください。

①被保険者が申請対象者の生計を維持しなければならない理由(事情)

父が亡くなり、同居することになったため。

②申請対象者の配偶者や父母など、扶養する義務のある方が扶養できない理由等

弟(二男)は収入が少ないため、自分の扶養としたい。

【記入例】  
配偶者である父は、現在年金受給者で収入が低い

[8] 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 4 月 10 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。