

家族状況(実態)報告書

様式③ <別居家族用 配偶者・実子(養子)除く>

* 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、記入された内容は、健康保険業務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。

被保険者 記号・番号	—	被保険者氏名
------------	---	--------

[1] 今回申請する対象者 : 以後(申請対象者)といいます。

氏名		生年月日	S H R 年 月 日	続柄
居住家屋について	<input type="checkbox"/> 住居は別だが生計を維持 <input type="checkbox"/> 住居は同一だが家計は別になっている(二世帯住宅等)		<input type="checkbox"/> 同じ敷地内の別棟や同じマンションの別戸に居住 <input type="checkbox"/> その他()	
仕送額	円/月	職業または学生		

【仕送額 注意事項】

1. 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
2. 仕送りは毎月が原則。但し、海外送金の場合は3ヵ月に1回を限度とし、1年間分の仕送りを確認する

[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(詳しく記入):

[3] 申請対象者の加入していた(いる)健康保険の種類

※和暦で記入

<input type="checkbox"/> 他の健康保険、共済組合 →	被保険者	被扶養者	喪失日: 年 月 日
<input type="checkbox"/> 任意継続(上記組合喪失後) →	被保険者	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)	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
(種別) <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)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)	円/日
※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/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"/> 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)

[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	H 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	
		収入について	① 内容	給与収入 年金収入 事業収入 ②年収額 円	
	<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 ()			
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
			収入について	① 内容	給与収入 年金収入 事業収入 ②年収額 円
	<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 ()			
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
			収入について	① 内容	給与収入 年金収入 事業収入 ②年収額 円
	<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 ()			
上記以外の同居親族(三親等内)	<input type="checkbox"/> 有	①人数 () ②申請対象者から見た続柄 ()			
	<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。			

[7] 生計維持関係について以下3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)

--

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

--

③申請対象者と同居されている方や扶養優先義務者等(※)がいる場合、その方が扶養(生計維持)できない理由等

(※)扶養優先義務者→対象家族を優先的に扶養するべき方のことです。

(対象家族に同居者がいる場合、原則としてその世帯で最も収入の多い方が生計維持者として扶養優先義務者となります)

--

[8] 生計維持の実態

被保険者の収入等による申請対象者の生計維持(衣食住等の援助)についてご記入下さい。

1.	被保険者以外に申請対象者の生計維持をしている方が他にいる場合はその状況	・氏名()・続柄()・援助額(円/月)
		・氏名()・続柄()・援助額(円/月)
		・氏名()・続柄()・援助額(円/月)
2.	申請対象者の職業 既に退職されている方は※欄の主だった職業にレ点を付けて下さい。その他は具体的にご記入下さい。	現在()勤務先名()
		※ <input type="checkbox"/> 会社員(公務員以外) <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 農林水産業
		<input type="checkbox"/> その他: 具体的にご記入下さい(例: デイトレーダ) ()

[9] 誓約

<p>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。</p> <p>①事実と相違した内容があったとき</p> <p>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</p> <p>令和 年 月 日 被保険者氏名</p>
--

※提出する前に記入もれがないか再度ご確認ください。