

被扶養者申請理由書 ※配偶者・子(実子/養子)以外

記号	番号	被保険者名	認定対象者氏名(以下対象者という)
職業等(学生⇒大1・専2・定時高1・高3・浪人等記入)	年齢	続柄	対象者の配偶者の有無
<input type="checkbox"/> 16歳未満 <input type="checkbox"/> 学生 () <input type="checkbox"/> 無職			<input type="checkbox"/> 有
<input type="checkbox"/> 年金受給 <input type="checkbox"/> パート等収入あり <input type="checkbox"/> 無収入	歳		<input type="checkbox"/> 無 (<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別)
1. 対象者を被扶養者とするための理由について			
<input type="checkbox"/> 被保険者入社 <input type="checkbox"/> 配偶者死亡のため <input type="checkbox"/> 離婚のため <input type="checkbox"/> 収入減少のため <input type="checkbox"/> 求職中のため <input type="checkbox"/> 自営業廃業のため <input type="checkbox"/> 退職のため (<input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 定年 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 会社都合 <input type="checkbox"/> その他自己都合 <input type="checkbox"/> 家族の転勤) <input type="checkbox"/> 雇用保険受給終了 <input type="checkbox"/> 任意継続終了 <input type="checkbox"/> その他 () *申請する理由の事由から1年以上経過している場合はその理由をご記入下さい()			
2. 対象者の現在の状況について ※無保険状態がないよう国保に加入してください			
<input type="checkbox"/> 無保険(年 月 日から) <input type="checkbox"/> 他健保加入(どなたの健保にご加入ですか?被保険者から見た続柄:) <input type="checkbox"/> 任意継続終了 (年 月 日資格喪失) <input type="checkbox"/> 国保(市区町村名:)			
3. 対象者の収入状況について ※種類ごとに収入がない場合は種類ごとに年額欄に「0」を記入			
収入の種類			年 額
給与	*年額=月額(直近3ヶ月平均)×12ヶ月に賞与を加算した金額を記入 給与明細の「総支給額」(通勤交通費込)が収入です。控除後の金額ではないのでご注意ください。		円
年金	<input type="checkbox"/> 老齢厚生 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 企業年金 <input type="checkbox"/> その他() 65歳以上不受給の理由 ⇒ <input type="checkbox"/> 年齢未達(厚生年金未加入) <input type="checkbox"/> 加入期間不足 <input type="checkbox"/> 繰下受給 <input type="checkbox"/> 未払		円
事業収入等	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 不動産(家賃・地代等) <input type="checkbox"/> 利子配当 <input type="checkbox"/> その他()		円
その他給付	<input type="checkbox"/> 失業給付 <input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> 労災保険の休業補償 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他()		
対象者の年間収入金額の合計			A 円
4. 対象者の雇用保険について			
退職に伴う扶養申請である (はい ・ いいえ) *いいえで次の※に該当しない場合は下記記入不要			
※最新の所得証明書に収入(所得)が記載されている場合は、一番直近の退職時情報を記載すること			
資格喪失日(退職日の翌日)	(年 月 日)		
<input type="checkbox"/> 失業給付不受給 ⇒ <input type="checkbox"/> 雇用保険未加入 <input type="checkbox"/> 受給要件満たさず(加入期間不足等) <input type="checkbox"/> 受給権放棄 <input type="checkbox"/> 受給予定・受給中 ⇒ <input type="checkbox"/> 現在未手続または手続中 <input type="checkbox"/> 待期・給付制限期間中 <input type="checkbox"/> 受給中(日額が基準内) <input type="checkbox"/> 受給延長中(手続中) ⇒ 延長期間(年 月 日迄) 延長理由 ⇒ <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> その他()			
<input type="checkbox"/> 受給終了 ⇒ 失業給付受給終了日(年 月 日)			

対象者が「主として被保険者により生計を維持されている状態にあるか」また、対象者に配偶者がいる場合、民法にある夫婦相互扶助があるため配偶者の収入はどうか被保険者以外にごきょうだいなど扶養義務者はいないか確認をします。

5. 対象者の支出(生活費)状況について					
月額生活費内訳	食料費	円	雑費 I	保健医療費 交通・通信費 教育費/教養娯楽	円
	被服・履物費	円	雑費 II	上記以外の消費支出 (諸雑費・理美容費など)	円
	住居費(地代・家賃等) 水道光熱費 家具・家事用品(日用品)	円			
B=月額生活費 (食料費+被服・履物費+住居関係費+雑費 I + 雑費 II)				B	円
C=年額生活費(B×12)				C	円
6. 対象者が同居(同一世帯)している場合 ※同居していても世帯分離している場合は、別世帯です別居となります					
同居で被保険者と対象者以外に収入のある者がいる (いる ・ いない) *既に被保険者の扶養に入っている者を除く					
上記がいる場合	①その者の続柄(被保険者の:)	収入額	<input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 他	合計約 万円/年	生活費を負担している(年額) 円
	②その者の続柄(被保険者の:)	収入額	<input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 他	合計約 万円/年	円
上記①～③が対象者を扶養できない理由(複数ある場合は列記)					
7. 対象者が別居(別世帯)している場合 ※同居していても世帯分離している場合は、別世帯です別居となります					
別居の理由	<input type="checkbox"/> 単身赴任 (会社が認めている場合のみ)				
	<input type="checkbox"/> その他 ()				
ほかに対象者の生活費を負担している方がいる場合				①その者の続柄(被保険者の:)	生活費を負担している(年額) 円
				②その者の続柄(被保険者の:)	円
別居対象者への仕送りについてア～ウすべての基準を満たしているか、金額を記入し確認してください。また、送金計画も教えてください。					
被保険者から別居対象者への【仕送り額(月額/年額)】を記入してください					
D=毎月の仕送り額				D	円
E=年額の仕送り額(D×12)				E	円
ア	<input type="checkbox"/> 年間の仕送り額が別居被対象者の収入額を上回っている				
	E	円	>	A	円
イ	<input type="checkbox"/> 仕送り額が別居対象者の生活費×1/2を上回っている				
	月額 D	円	>	B	円 ×1/2
	年額 E	円	>	C	円 ×1/2
ウ	<input type="checkbox"/> 定期的かつ継続的な仕送りであると証明できる書類がある ※銀行振込・現金書留の控え、振込の事実を記帳した通帳など				
今後1年間の別居送金計画を教えてください。				E	円
R	年1月	円	R	年2月	円
R	年3月	円	R	年4月	円
R	年5月	円	R	年6月	円
R	年7月	円	R	年8月	円
R	年9月	円	R	年10月	円
R	年11月	円	R	年12月	円
【注意事項】被保険者により主として定期的、継続的に生計が維持されている実態がなければ、あるいは将来に向けて定期的、継続的に扶養する見通しがなければ被扶養者資格は認められません。送金実績がない、または送金証明書類のご提出がない場合は、遡って扶養除外となりますので、必ず上記①～③の基準をすべて満たした送金をお願いします。					