

扶養状況届【配偶者・子供(義務教育終了後)・父母・その他】

必要書類(必須)

- 共通必要書類 『住民票(世帯全員・続柄・マイナンバー・在留資格等が記載)』が必要です。
別居(別世帯)の場合は、認定対象者と被保険者それぞれの世帯の『住民票』が必要です。
- 個別必要書類 1.~5.に該当するすべての書類をご提出ください。状況により、追加書類の提出を求められることがあります。

【被保険者(本人)】

保険証の記号・番号		被保険者の氏名	配偶者有無	連絡先	
記号	番号		<input checked="" type="checkbox"/> 有 → (年収 300万円) <input type="checkbox"/> 無 (□未婚 □離婚 □死亡)	所属	〇〇工 〇〇部 〇〇課 (TEL内線 〇〇〇-△△△)
1	12345	健保 太郎			

【認定対象者(家族)】※これから扶養の申請をするご家族を認定対象者といいます。

氏名	年齢 (申請時の)	続柄 (「長男」「義父」「養子」「養子縁組していない連れ子は「妻の子」等詳しく記入)	所得税の扶養控除申請はしていますか
健保 良子	65歳	母	<input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい → 令和 2年 4月申請済

【認定対象者についてご記入ください】

1. 申請事由 (該当する項目どれか直近の理由ひとつにチェック☑を付けて記入してください。)	個別必要書類
<input type="checkbox"/> 1) 被保険者のスタンレー健保加入に伴う申請(新規入社)	
<input type="checkbox"/> 2) 被保険者と結婚したため 【 年 月 日婚姻】	
<input type="checkbox"/> 3) 退職したため 【 年 月 日退職】	
<input checked="" type="checkbox"/> 4) 転職・雇用契約変更による収入減少 【2020年 4月 1日から】	⇒ 『直近3ヵ月の給与明細書(写)』 ⇒ 「支給終了」の印字がある『雇用保険受給資格者証の両面コピー』 ⇒ 状況に応じた書類
<input type="checkbox"/> 5) 雇用契約変更を伴わない収入減少	
<input type="checkbox"/> 6) 失業給付の受給を終了したため	
<input type="checkbox"/> 7) その他(理由:)	

1. なぜ扶養申請をしなければならないのか、直近の理由ひとつにチェック☑を付けてご記入ください。

2. 雇用保険について(直近1年以内に働いていた場合は、該当項目に☑)	個別必要書類
<input type="checkbox"/> 1) 失業給付を受給予定(自己都合退職のため、待機・給付制限期間中)	⇒ 『雇用保険受給資格者証(両面コピー)』
<input type="checkbox"/> 2) 失業給付を受給中(60歳未満:日額3,612円未満、60歳以上:5,000円未満である)	
<input type="checkbox"/> 3) 失業給付受給終了	
<input type="checkbox"/> 4) 失業給付の受給を延長する	
<input checked="" type="checkbox"/> 5) 失業給付は受給しない、雇用保険加入期間不足、雇用保険未加入	『離職票 1・2、退職証明書、退職日記載の源泉徴収票、健康保険資格喪失証明書』

2. 認定対象者が、直近1年以内に働いていた場合のみ該当項目ひとつにチェック☑を付けてご記入ください。

3. 認定対象者が現在加入している健康保険はありますか(該当する項目に☑)	個別必要書類
<input checked="" type="checkbox"/> いいえ(未加入) → 最終加入していた健保組合名等 ※退職後の任意継続の場合は「任継」と記入 〇〇〇〇健康保険組合 2020年 4月 1日 喪失	
<input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 1) 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 2) 健康保険組合・協会けんぽ・共済組合等 <input type="checkbox"/> 3) 退職後加入の任意継続保険に扶養家族として加入	

3. 認定対象者が、直前まで他の健康保険に加入していて現在無保険の場合「いいえ」に☑し最終加入の健保組合名と資格喪失年月日をご記入ください。

4. 認定対象者の公費負担医療費助成について(該当する項目に☑)	個別必要書類
<input checked="" type="checkbox"/> 1) 有 → <input checked="" type="checkbox"/> 障がい者医療 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療 <input type="checkbox"/> 子ども医療費助成、指定難病、小児慢性特定疾病療養 <input type="checkbox"/> その他()	⇒ 『障がい者手帳(写)』、『医療証(写)』
<input type="checkbox"/> 2) 無	

5. 認定対象者の現在の収入状況(該当するすべてにチェック☑を付けて、年額欄は申請日以降1年間の収入を記入してください。)		個別必要書類
<input type="checkbox"/> 1) 働いたことがない(パート・アルバイト等含む)	収入なし	⇒ 以下のいずれか1点 『非課税証明書(所得証明)』
<input type="checkbox"/> 2) 現在退職してから2年以上経過している 【退職日 年 月 日】		
<input type="checkbox"/> 3) 退職後2年未満で申請後は無職		
<input checked="" type="checkbox"/> 4) 給与収入(パート・アルバイト等) 税金控除前の総支給額。通勤費等も含む。↑	月額 30,000 円 年額 360,000 円 (月額+賞与の年収見込額)	⇒ 『確定申告書(写)』+『収支内訳書(損益計算書)』
<input checked="" type="checkbox"/> 5) 年金収入 (国民・厚生・共済・老齢・企業・遺族・障害・農業者・労災補償・恩給などすべての年金)	年額 480,000 円	
<input type="checkbox"/> 6) 事業所得 (自営業・フリーランス・不動産・農業等)		
<input type="checkbox"/> 7) 傷病手当金または出産手当金受給 (60歳未満:受給日額3,612円未満 60歳以上または障害者:受給日額5,000円)		
<input type="checkbox"/> 8) 被保険者以外からの生活費の援助		
<input type="checkbox"/> 9) その他の収入(内容:)		

5. 認定対象者の収入状況を詳しくご記入ください。
年収での記載が難しい場合は、月収の欄にご記入ください。
その他の収入に該当する場合は、詳細を具体的にご記入ください。

【1 同居扱い】(一時的な別居)
里帰り出産、親の介護、入院
【5 別居扱い】
住所が同一でも世帯分離(世帯が複数)している、二世帯住宅、有料老人ホームに入所

6. 被保険者との同居・別居について(該当する項目に☑)		個別必要書類
<input type="checkbox"/> 1) 同居 ※二世帯住宅や世帯分離(世帯が複数)は、5)別居として扱います。		
<input type="checkbox"/> 2) 別居(被保険者が単身赴任のため) 勤務先からの業務命令をいう。		⇒ 別居手当が記載された『給与明細書(写)』
<input type="checkbox"/> 3) 別居(認定対象者が学生のため一時的な別居)		⇒ 『学生証(写)』
<input type="checkbox"/> 4) 別居(認定対象者が特養・老健・障がい者施設へ入居による一時的別居)		⇒ 『入居証明書(写)』
<input checked="" type="checkbox"/> 5) 別居(2, 3, 4以外の理由による場合) [別居の理由: <u>個人的な理由による別居</u>]		⇒ 直近3カ月の『送金証明』(銀行振込写・現金書留写・通帳写のいずれか1つ。手渡し不可)

↓ 上記6.で2)、3)、4)、5)を選択された場合はご記入ください。

7. あなたは、認定対象者に毎月どの程度の生計費を援助していますか。	
1カ月の仕送り金額は (月額 80,000 円)	1年間の仕送り金額は (年額 960,000 円)

8. 認定対象者に優先扶養義務者(被保険者の配偶者除く)がおられる場合にはそのご家族の情報を記入してください。 [例] 母(認定対象者)の申請:認定対象者の配偶者・被保険者の兄弟等、 弟(認定対象者)の申請:認定対象者の親、その他の兄弟等					
氏名	認定対象者からみた続柄	年齢	年収	同別居	優先扶養義務者が扶養できない理由
健保 一郎	配偶者	65	万円	同・別	令和1年10月死亡。
健保 花子	長女	35	50万円	同(別)	結婚し、夫の被扶養者であるため

9. 認定対象者が日本居住で外国籍の場合はご記入ください(該当する項目に☑)		個別必要書類
日本国内に居住し外国人登録をしていますか	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ	⇒ 『特別永住者証明書(写)』
在留期間は1年以上ありますか	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ	

9. 認定対象者が外国人の方はご記入ください。

この申請内容 なお、事実と異なる記入内容に虚偽があった場合、遡って扶養の資格を削除することになりますのでご注意ください。	
令和 ○○年 ○○月 ○○日	被保険者氏名 健保 太郎

被保険者が署名してください。