

扶養状況届【子供(義務教育終了前)】

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)』の提出が必要です。
- ・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』 + 『戸籍謄(抄)本』の提出が必要です。

● 個別必要書類

- ・以下1.~6.の該当する項目ごとに、「個別必要書類」欄に記載された書類を提出してください。
- ※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)】

| 被保険者の氏名 | 連絡先 | |
|---------|-----------|----------|
| | 所属名(配属予定) | (TEL内線) |

【被保険者(本人)の配偶者の状況】

| | |
|-------|---|
| 配偶者あり | <input type="checkbox"/> 被扶養者ではない ⇒ (前年の年収を記入:被保険者 _____ 万円、配偶者 _____ 万円) <input type="checkbox"/> 既に被扶養者である <input type="checkbox"/> 今回一緒に申請する |
| 配偶者なし | <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 |

【認定対象者(子供)】※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。義務教育終了前のお子様はまとめてご記入いただいて結構です。

| 氏名 | 年齢(申請時の) | 続柄 (「長男」「長女」「養子」「養子縁組していない連れ子は「妻の子」等詳しく記入) |
|----|----------|--|
| | 歳 | |
| | 歳 | |
| | 歳 | |

【認定対象者(子供)についてご記入ください】

| 1. 申請事由 (該当する項目が複数ある場合はすべてに☑を付けて記入) | 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) 出生のため | 海外赴任中に海外で生れた場合は、『出生証明』 |
| <input type="checkbox"/> 3) 被保険者の配偶者の退職や廃業【 年 月 日退職・廃業】 | 配偶者の『退職証明書』または『離職票』の(写) |
| <input type="checkbox"/> 4) 被保険者の婚姻による扶養変更【 年 月 日婚姻】 | |
| <input type="checkbox"/> 5) 被保険者の離婚による扶養変更【 年 月 日離婚】 | 『戸籍謄本』(離婚日が確認できる書類) |
| <input type="checkbox"/> 6) 被保険者の年収が配偶者の年収を上回った | 被保険者と配偶者の直近3ヶ月の給与明細(写) |
| <input type="checkbox"/> 7) 被保険者との養子縁組【 年 月 日養子縁組した日】 | 特別養子縁組の場合は、『戸籍謄本』 |
| <input type="checkbox"/> 8) その他(理由:) | 状況に応じた書類 |

| 2. 認定対象者が扶養申請日現在加入している(していた)健康保険(該当項目に☑) | | 個別必要書類 |
|--|---|---------------------------------------|
| 加入中 | <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 被扶養者(任意継続含む):健康保険、共済組合等 | |
| 未加入 | 【直近に加入していた健康保険について記載】 <input type="checkbox"/> 被扶養者(任意継続も含む):健康保険、共済組合等 (年 月 日まで) <input type="checkbox"/> 未加入(年 月 日から) | 退職後加入の「任意継続保険」に加入していた場合は『健康保険資格喪失証明書』 |

| 3. 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 type="checkbox"/> 1) 有 → (<input type="checkbox"/> 乳幼児医療(こども医療助成) <input type="checkbox"/> 障がい者医療 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療 <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病療養 <input type="checkbox"/> その他() | | 『※乳幼児(子供)医療証(写)』『医療証(写)』、 『障がい者手帳(写)』 ※やむを得ず後日提出の場合には 1 カ月以内に提出 |
| <input type="checkbox"/> 2) 無 | | |

| 4. 認定対象者が日本居住で外国籍の場合は記入(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 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 | | 外国籍の方はビザ、『在留カード』または『特別永住者証明書』の写し |

| 5. 被保険者以外で認定対象者の生計費を負担している家族(該当する項目に☑) | | 個別必要書類 |
|---|--|----------|
| <input type="checkbox"/> 生計費を負担している家族なし | | |
| <input type="checkbox"/> 生計費を負担している家族あり ⇒ 続柄 負担額 円/年 | | 状況に応じた書類 |

| 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 ※世帯分離(世帯が複数)は、3)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(上記以外の理由による場合) 【別居の理由: _____】 | | こども(家族)手当が記載された『給与明細書(写)』 |

↓ 上記6.で2)、3)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 _____ 円) | 1年間の仕送り金額は (年額 _____ 円) |

この申請内容に相違ありません。
 なお、事実と相違した内容があった場合には、被扶養者としての認定を遡って取り消し保険給付の返還を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時には、直ちに扶養削除の手続きをします。

令和 年 月 日 被保険者氏名 _____