

扶養状況届出書 (その他)

常務理事	事務長	係

※ 被扶養者申請をする家族(認定対象者)に関して被保険者が申告する書類です。
 ※ 申請をする前に公文健康保険組合のホームページ「健康保険の家族」で被扶養者になるための条件及び添付書類をご確認ください。

被保険者の氏名		被保険者の現住所(現在住んでいるところ)			
		〒			
申請する認定対象者の氏名	続柄	年齢	配偶者	あなたと	別居の場合は認定対象者の現住所と別居の理由
アカナ			あり なし	同居 別居	〒 理由: 単身赴任のため・別世帯のため・その他()

▼ 該当する項目の口に入力してください。⇒以降は選択(該当項目に○)または記入してください。

1 申請事由 ※複数あれば全部回答してください。	添付書類(詳細はホームページでご確認ください)
<input type="checkbox"/> 被保険者が公文健保に加入したため ⇒ a.就職 / b.転籍 / c.再雇用 / d.任継加入	「住民税課税(非課税)証明書」「住民票」「扶養理由書」など
<input type="checkbox"/> 被保険者と一緒に暮らし始めたため ⇒ 同居日: 年 月 日	「住民票」「扶養理由書」など
<input type="checkbox"/> 認定対象者が退職(失業)したため ⇒ 退職日: 年 月 日	「退職証明書」「課税証明書」「住民票」「扶養理由書」など
<input type="checkbox"/> 認定対象者が退職後加入していた任意継続保険の資格を喪失したため ⇒ 加入期間: 年 月 日から 年 月 日まで	「任意継続保険資格喪失証明書」※加入期間がわかるもの 「課税証明書」「住民票」「扶養理由書」など
<input type="checkbox"/> 失業給付の受給を終了したため ⇒ 受給終了日: 年 月 日	「雇用保険受給資格証」写「課税証明」「住民票」「扶養理由書」
<input type="checkbox"/> 認定対象者が廃業したため ⇒ 廃業日: 年 月 日	「廃業届」「課税証明証」「住民票」「扶養理由書」など
<input type="checkbox"/> 他家族から扶養義務が異動したため ⇒ 誰から: いつ: 年 月 日	「健康保険資格喪失証明書」「扶養理由書」など
<input type="checkbox"/> 認定対象者の収入が減少したため ⇒ 理由:	勤労・収入状況の変更が確認できる書類、「扶養理由書」など
<input type="checkbox"/> その他 ⇒ 原因:	「扶養理由書」、その他

2 認定対象者が今まで加入していた健康保険の種類
<input type="checkbox"/> 公文健康保険組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険⇒(加入していた市区町村名:)
<input type="checkbox"/> その他の健康保険⇒(a.本人として/b.被保険者の被扶養者として/c.被保険者以外の被扶養者として) / (健康保険の名称:)

3 認定対象者の収入について ※収入は申請以降の金額です。未確定の場合は見込み額を記入してください。複数あれば全部回答してください。		
就労・収入種類	収入の内容等/収入内容を証明する書類の提出が必要です	金額(円)
<input type="checkbox"/> 無職無収入 ⇒ a.専業主婦(夫) / b.求職活動中 / c.その他()	収入が全くない場合は「0円」で申告 ⇒	円
<input type="checkbox"/> 給与所得者 ⇒ a.アルバイト / b.パート / c.その他()	各種控除前、交通費込みの総支給額 ⇒	円
<input type="checkbox"/> 事業収入(不動産・自営・農業等) ⇒	事業内容: 売上ー必要経費(青色特別控除、減価償却費を除く) ⇒	円
<input type="checkbox"/> 年金受給者 ⇒	年金種類: 全ての年金額合計(介護保険料含む) ⇒	円
<input type="checkbox"/> 傷病手当金受給者 ⇒	支給開始日: 年 月 日 現在 ⇒ a.受給中 / b.申請中 / c. 月 日 受給終了 ⇒	円
<input type="checkbox"/> 出産手当金受給者 ⇒	出産日: 年 月 日 ※出産手当金請求手続き中および予定者も含む ⇒	円
<input type="checkbox"/> 被保険者からの仕送り額 ⇒	被保険者と離れて暮らしている場合、認定対象者一人に対して ⇒	円
<input type="checkbox"/> 他家族からの生活費援助 ⇒	誰(被保険者からみた続柄:)から 複数の場合は合計額 ⇒	円
<input type="checkbox"/> その他継続的な収入 ⇒	内容: ⇒	円

4 退職後の雇用保険について/退職後1年未満の場合は必ず申告してください。		
雇用保険の加入状況	添付書類	備考
<input type="checkbox"/> 雇用保険未加入	雇用保険未加入が加入できる書類(「退職証明書」に未加入の記載がなければ、「給与明細書」の写しなど)	
<input type="checkbox"/> 雇用保険加入期間不足	「雇用保険資格喪失確認通知書」(原本)	
<input type="checkbox"/> 失業給付は受けない	「離職票1」「離職票2」(ともに原本)	失業給付の日額が3,612円(60歳以上は5,000円)以上の場合、受給中は被扶養者にはなりません。
<input type="checkbox"/> 失業給付を受ける	「雇用保険受給資格証」全頁写し	
<input checked="" type="checkbox"/> 給付日額が3,612円(60歳以上は5,000円)以上の場合、	支給開始日を削除日とする「被扶養者異動(削除)届」	
<input type="checkbox"/> 失業給付受給を延長する	「離職票1」「離職票2」「受給期間延長通知書」(ともに原本)	
<input type="checkbox"/> 失業給付受給中	「雇用保険受給資格証」全頁写し	
<input type="checkbox"/> 失業給付の受給終了	「雇用保険受給資格証」全頁写し	

5 認定対象者の親族について/認定対象者からみた続柄で、あなた以外に該当する親族がいる場合は選択してください。	
<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 妹 <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 孫	
あなたより優先扶養義務者がいる場合は、その方が扶養できない理由を記入してください。 ⇒	優先扶養義務者の年収(円)及び既に扶養している家族の数(人)
	理由

6 扶養に関する申告書	
認定対象者については、私が主たる生計維持者であり、今回の「扶養状況届出書」の内容に虚偽がないことを申告します。なお、申告後または認定後に私との生計維持関係に異動が生じ、事実上私が主として生計を維持する実態がなくなった場合は、速やかにその旨を健康保険組合に届出て、被扶養者資格の削除手続きをいたします。	平成 年 月 日 被保険者(自署)