

秘

扶養状況調書

被保険者	事業所名	
	保険証記号－番号	—
	氏名	印

認定対象家族 の状況	氏名		男・女	歳	続柄					
	住所									
	現在加入している健康保険		1. 勤務先の健康保険 2. 以前の勤務先の任意継続健康保険 3. 国民健康保険 4. 他の親族等の被扶養者 5. 無保険							
	職業		1. 家事従事 2. パート・アルバイト 3. 自営業等 4. 学生 5. その他()							
	勤務先	名称								
		所在地								
		勤務状況	1日	時間	1週	日・1カ月	日	退職日	年	月
	収入の 状況	勤労収入(パート・アルバイト)				円/月	/			
		年金収入(老齢・遺族・障害)				円/月				
		企業年金収入				円/月				
		恩給				円/月				
		雇用保険失業給付				円/月 (日額)				
		健康保険給付(傷病手当金、出産手当金)				円/月 (日額)				
		不動産収入(アパート経営等)				円/月				
		自営業収入				円/月				
農業収入				円/月						
その他(具体的に)				円/月						
別居の 場合		被保険者からの援助額				円/月				
	他の親族等からの援助額				円/月					
合計					円/月					

注) 雇用保険、健康保険の給付については、日額を30倍した額を月額として合計してください。

上記の家族を扶養することになった理由	
--------------------	--

【家族構成】 認定対象者の家族構成を記入して下さい
(配偶者・子以外の場合は、同居別居を問わず親子・全兄弟姉妹まで記入して下さい)

氏名	続柄	年齢	扶養の事実	職業	月収	同居・別居
	本人		/	/	円	/
			有・無・認		円	同・別
			有・無・認		円	同・別
			有・無・認		円	同・別
			有・無・認		円	同・別
			有・無・認		円	同・別
			有・無・認		円	同・別
			有・無・認		円	同・別

注) 扶養の事実欄について

有: 現在、被扶養者 無: 他の健康保険加入者 認: 今回の認定対象家族