＜健保組合使用欄＞

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決定日 |  | | 常務理事 | 事務長 | 係 | 受付印 |
|  |  |  |  |
| 認 否 | 認定 | 否認 |

農林中央金庫健康保険組合理事長殿

被 扶 養 者 認 定 申 請 書（扶養状況届）

次のとおり被扶養者認定を申請します。

なお、認定後、事実と相違していることが判明した場合は、被扶養者の抹消、給付の停止、医療費の返還請求にも速やかに応じます。

申請年月日：　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 記 号 | 番 号 | 氏 名 | | | | 年 収 | | 住所 | | 上段：実際の住所(単身赴任先の住所)  下段：単身赴任時、残留家族の居住住所（自己住宅等） | |
|  |  |  | | | | 万円 | |  | | | |
|  | | | |
| 認定対象者 | 氏 名 | | | 生 年 月 日 | | 年 齢 | | 続 柄 | | 職業・学年 | | 住 所 |
|  | | | 昭・平  令 | ・ ・ | 才 | |  | |  | |  |

(注) 申請される認定対象者1人につき1枚ご記入ください。

「続柄」欄は、 2ページ目以降も全て被保険者からみた続柄でご記入ください。

以下の①、②に該当する場合は、本申請書は不要です。（被扶養者（異動）届のみ提出が必要）

① 出生した子を申請するとき

② 新規加入者が加入時に申請する場合、未就学児または未婚の学生である子（実子・養子）を申請するとき

上記被保険者にかかる被扶養者認定申請内容は次のとおり相違ないことを証明します。

なお、本記載が事実と相違していることが判明した場合には、すみやかに被保険者に被扶養者の資格抹消手続きおよび保険給付の返還を行わせることとし、貴組合には一切ご迷惑をおかけいたしません。

年 月 日

事業所住所

事業所名称

事 業 主

【被扶養者認定申請理由】

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者 | 連絡先 |
|  |  |

(注) 該当するすべての項目に○をし、事由発生日等の詳細を記入のうえ記載内容を確認できる書類を添付してください。

認定対象者が子であって、両親の間での扶養者の異動による場合は、被保険者の配偶者(前扶養者)の状況を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 新規加入（被保険者の入社） | | | | |
| 2 | 退 職 | | | 前勤務先：（　　　　　　　　　　　　　）　　退職年月日：（　　　　年　　　月　　　日）  雇用保険の状況※： 受給終了（受給終了年月日　　　　　　年　　　月　　　日）  　　　　　　　　　　　受給予定（未手続き・待機中：受給開始予定　　年　　月　　日）  受給延長　・　受給しない　・　非加入  ※受給予定・受給延長・受給しない場合は離職票等の原本一式、受給終了･非加入の場合はそれを証明する書類の写しをそれぞれ添付してください。 | |
| 3 | 収入減少 | | | 収入減少理由（就労者の場合） 転職 ・ 雇用条件変更 ・ その他（　　　　　　　　　　　）  （自営業者の場合） 事業縮小 ・ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  年収または年間売上：（減少前　　　　　　　　　　円）⇒（減少後　　　　　　　　　　円） | |
| 4 | 扶養していた者の死亡 | | | 従前の扶養者氏名･続柄：（　　　　　　　　　　）　死亡年月日：（　　　年　　　月　　　日） | |
| 5 | 離 婚 | | | 離婚年月日：（　　年　　月　　日）離婚に伴う慰謝料･養育費等の受領の有無：（ 有 ・ 無 ） | |
| 6 | その他 | | | 理由：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 認定対象者の今後１年間の生活状況の見通しと、扶養するに至った理由を具体的に記入してください。 | | | | | |
| 認定対象者の直前の  保険加入状況 | | 保険の種類 | １．農中健保  …従前の保険証記号番号〔　　　　　　　〕 | | 〇被用者保険（国保以外の保険）の場合  区分：一般被保険者・任意継続被保険者  資格喪失年月日：（　　　　年　　　　月　　　　日）  〇国保の場合  保険証の最終使用日(受診日または予防接種等の助成を受けた日）  （　　　　年　　　　月　　　　日） |
| ２．その他  …〔 国保・協会けんぽ・組合・共済 〕  組合名：〔 〕 | |
| 加入内容 | 〔 本人として加入 ・ 家族として加入 〕…家族として加入の場合誰の扶養家族だったか〔 〕 | | |

【被保険者と認定対象者との居住関係】

(注) 該当の項目に○をし、詳細をご記入ください。被保険者が単身赴任中の場合は、認定対象者の住所が被保険者の実際の住所または自己住宅等の配偶者・子が居住する住所のいずれか一方と同一であれば住居を共にしているものとしてご記入ください。

**｢世帯状況」欄の２～４に該当の方は「別居」の扱い（送金確認書類必要）となります。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 認定対象者の居住する住宅の所有者または家賃の支払者とその負担割合 | | | | 1.　被保険者本人  2.　認定対象者  3.　その他の方　〔氏名： 　 続柄：　 〕 | 1　　　　　　％  2　　　　　　％  3　　　　　　％ |
| 世帯状況 | 1 | 住居・家計とも同一（住民票上同一世帯） | | | |
| 2 | 住居は住民票上同一世帯だが家計は別 | | | |
| 3 | 住居表示は同一だが住民票上は別世帯 | 居住形態：〔同一敷地内の別棟･同一マンションの別戸･二世帯住宅･世帯分離・その他( )〕  認定対象者と同一世帯の者の有無：（　無　・　有　）  ※有の場合はその方の収入確認書類一式を添付し、認定対象者の家族関係欄の「認定対象者の配偶者」または「認定対象者と同一世帯に属する者」欄にご記入ください。 | | |
| 4 | 住居・家計  とも別 | 理由：  別世帯における認定対象者の同居者の有無  ・認定対象者と同一世帯の者：（ 無 ・ 有 ※有の場合はその方の収入確認書類一式を添付）  ・認定対象者と住所は同じだが住民票上は別世帯（同一敷地内の別棟に居住する者等）の者：  （ 無 ・ 有 ※有の場合は認定対象者の配偶者のみ、収入確認書類一式を添付。その他の方は不要 ）。  両者とも、有の場合は認定対象者の家族関係欄の「認定対象者の配偶者」または「認定対象者と別の世帯に属する者」欄にご記入ください。 | | |
| 5 | 入院・入所中 | 在所内容：入院(短期)･入院(長期)･特別養護老人ホーム･障害者施設･介護施設・その他( 　　　　　　)  退院時の帰宅先住所：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※認定対象者の帰宅先住所をもとに同居か別居かを判断いたします。 | | |

【認定対象者の家族関係】

(注) 認定対象者の属する世帯全員の続柄を印字した住民票、被保険者と認定対象者の続柄・被保険者以外の扶養義務者の有無を確認できる戸籍謄本を添付ください。(謄本は、被保険者と同一世帯の配偶者(除内縁)・未婚の子が認定対象者のとき、申請理由により添付省略可の場合あり。本籍地表示は省略可。）

認定対象者と同一世帯の家族ならびに被保険者以外の扶養義務者（配偶者以外）については、世帯状況別に認定対象者の兄弟姉妹・子供・子の配偶者など該当の方全員についてご記入ください。（該当の方がない場合は「該当なし」と記入のこと。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 認定対象者の配偶者の有無  (配偶者が認定対象者の場合記入不要) | 1.　あり | 氏名：（　　　　　　　　　　　　　）　　住所（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  年収：（　　　　　　　　　　　　　　　円）※認定対象者の配偶者の年収を証明する書類を添付してください  （認定対象者と別世帯の場合）  別世帯である理由：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 2.　なし  ※ 理由を選択し、○をしてください。 | (1)　死亡 | | 死亡年月日：（　　　　年　　　月　　　日）  遺族年金の受給：（　有（年　　　　　　円）・　無（生前の職業：　　　　　）） | | | | | | |
| (2)　離婚 | | 離婚年月日：（　　　　年　　　月　　　日）  離婚に伴う慰謝料･養育費等の受領の有無：（　有（年　　　　　　　円）・　無　） | | | | | | |
| (3)　未婚 | | | | | | | | |
| (4)　その他 〔 行方不明 ･ 失踪 ･ その他( ） 〕 | | | | | | | | |
| 認定対象者と住民票上同一世帯の家族、ならびに  被保険者以外の扶養義務者 (認定対象者の配偶者以外の者) | 認定対象者と同一世帯の者 | ※認定対象者が配偶者・子の場合は、同一世帯のうち被保険者の被扶養者でない者のみご記入ください。その者が被保険者の（認定対象者以外の）子の場合は、給与所得者であれば事業主名・年収の記入のみで収入確認書類の添付は不要。それ以外の者（自営業等の子・子以外の者）は、収入を確認する書類を添付してください。  ※認定対象者が配偶者・子以外の場合は、認定対象者の世帯の住民票より認定対象者の配偶者以外の全員を記入し、それぞれの収入を確認する書類を添付してください。 | | | | | | | | |
| 氏 名 | | 続柄 | 年齢 | 職業(事業主名)・学年 | | 年 収  (ない場合は0) | | 扶養・援助できない理由 | |
|  | |  |  |  | | 万円 | |  | |
|  | |  |  |  | | 万円 | |  | |
|  | |  |  |  | | 万円 | |  | |
|  | |  |  |  | | 万円 | |  | |
| 認定対象者と別の世帯の者 | ※①認定対象者の戸籍謄本に記載の者で上記「同一世帯」該当しない者、②①が配偶者に扶養されている場合にはその配偶者、は必ずご記入ください。その他扶養義務者があればその方についてもご記入ください。それぞれ、仕送り等がある場合は年間援助額を確認する書類（手元にない場合は「仕送り等の受領に関する届出書」で可）を添付してください。（収入確認書類の添付は不要）  ※認定対象者が配偶者・子の場合は、別世帯に居住する被保険者の（認定対象者以外の）子に関しての記載は不要です。 | | | | | | | | |
| 氏 名 | | 続柄 | 年齢 | 職業(事業主名)・学年 | 年間援助額  (ない場合は0) | | 住 所 | | 扶養・援助できない理由 |
|  | |  |  |  | 万円 | |  | |  |
|  | |  |  |  | 万円 | |  | |  |
|  | |  |  |  | 万円 | |  | |  |
|  | |  |  |  | 万円 | |  | |  |
| 養育費、慰謝料、仕送り等別世帯の者の援助額合計 | | | | | 万円 | | …認定対象者の収入・他者からの援助欄に記入 | | |

【認定対象者の世帯1ヶ月の生活費の負担状況（概算）】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 負担者（氏名） | | 続柄 | 負担額 | 負担割合 | (注) 「負担額」欄は、認定対象者ならびに認定対象者と同一世帯の者は資産等からの支出も含めた、実際に生活費として負担している額の概算を、認定対象者と別世帯の方は援助額を月換算した額をご記入ください。 |
| 認定対象者 | |  | 円 | ％ |
| 被保険者 | | 本人 | 円 | ％ |
| 被保険者以外の方 | 認定対象者の配偶者 |  | 円 | ％ |
|  |  | 円 | ％ |
|  |  | 円 | ％ |
|  |  | 円 | ％ |
|  |  | 円 | ％ |
|  |  | 円 | ％ |
| 合計 | | | 円 | 100％ |

【認定対象者（※）の今後1年間の収入見込み】

(注) **収入の項目全てに有または無のいずれかに○をしてください。**

有のものについては収入金額（税金・社会保険料・必要経費等控除前の収入金額）を記入してください。

被保険者からの仕送りに関する事項を漏れなく記入してください。他者からの援助に限り、記載内容を確認できる書類が手元にない場合は、受領者の記入した「仕送り等の受領に関する届出書」添付のこと。

※　認定対象者が子であって、両親間での扶養者の異動による場合は、「認定対象者の今後1年間の収入見込み」を「被保険者の配偶者の今後1年間の収入見込み」と読み替えてご記入ください。

また、以下に異動申請をする原因となった配偶者の状況を具体的に記入してください。

　 配偶者の状況：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 収入の項目 | 有 | 無 | 金 額 | 内 容 |
| 勤労収入 |  |  | 年 円 | 認定日以降の就労状況： 〔 就労する ・ 就労しない 〕  (就労の場合)勤務先・事業主名（　　　　　　　　　　　　　　）  待遇〔正社員・パート・アルバイト  ・専従者給与・その他(　　　　　　　　　　　　　　)〕  勤務日数〔1か月 日〕  専従者給与の場合：事業主の勤務日数〔1か月 日〕  ※専従者給与の場合は、その事業に関する事業主の直近の税務申告書類の写しを添付してください。  雇用保険加入状況〔 加入 ・ 非加入 〕  ※給与明細等、雇用保険加入状況を確認できる書類の写しを添付してください。 |
| 農業収入 |  |  | 年 円 | 作物の種類〔 〕耕作面積〔 〕 |
| 事業収入 |  |  | 年 円 | 事業内容〔 〕  事業主氏名〔 〕 |
| 資産収入 |  |  | 年 円 | 家賃収入〔 千円〕利子収入〔 千円〕 |
| 年金収入 |  |  | 年 円 | 年金の種類〔老齢･退職･障害･遺族･恩給･その他( )〕 |
| 社会保険給付 |  |  | 年 円 | 給付の種類〔雇用保険･傷病手当金･出産手当金･休業補償(労災)  ･その他( 　　　　　　　　　　　　　 ） 〕  雇用保険の場合  ：受給開始予定〔 年 月〕・受給期間〔 　日〕  傷病手当金･出産手当金の場合  ：受給期間〔 年 月～ 年 月〕 |
| そ の 他 |  |  | 年 円 | 種類〔私的年金･自治体等からの給付  ・その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) 〕 |
| 1カ月に換算した認定対象者自身の収入の小計 | | | 円 | ① |
| 他者からの援助  (被保険者以外) |  |  | 年 円 | 養育費、慰謝料、仕送り等被保険者以外の認定対象者の扶養義務者からの援助額の合計…………② |
| 被保険者の仕送り |  |  | 年 円 | (同居の場合は記入不要) ………③ |
| **1カ月に換算した収入の合計額** | | | 円 | ①+②+③=④ |
| 認定対象者の収入の出所の割合（月換算）……同居の場合は記入不要  認定対象者の収入（上記①に同じ） 　 円 ％  その他の援助額（上記②に同じ） 　 円 ％ 合計（上記④に同じ）  被保険者の援助額（上記③に同じ） 　 円 ％ 　 円 100％ | | | | |

