

<健保組合使用欄>

記入例（任意継続新規）			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。

↓「任継の加入日」を記入

申請年月日： 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

被保険者	記号	番号	氏名		年収	住所	
	9000	空白	組合 一郎		万円 700	神奈川県横浜市中区〇〇町 1-2-3	
認定対象者	氏名		生年月日	年齢	続柄	職業・学年	住所
	組合 真美		昭平令 XX・12・20	●●才	妻	パート・年金生活	同上

(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
記入不要

担当者	連絡先

【被扶養者認定申請理由】

(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: ()
<p>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。 認定対象者は年金収入と月額3万円程度のパート収入のみであり、認定対象者の収入だけでは生活費の半分には不足するため被扶養者として申請するもの。</p> <p style="text-align: center; border: 1px dashed red; padding: 5px;">今後の見込みを具体的に記入してください。空白不可。</p>		
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 [●●●●-●●●●] 2. その他 … [国保・協会けんぽ・組合・共済] 組合名: [] ○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) ○国保の場合 保険証の最終使用日(受診日または) (年 月 日) 必ず記入してください。
	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 [組合 一郎]

【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. 70 % 2. 30 % 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。

認定対象者の扶養義務者である家族について、認定対象者の続柄にかかわらず記入してください。
 認定対象者の配偶者については、認定対象者と別居であっても収入確認書類が必要です。

【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。(該当の方がいない場合は「該当なし」と記入のこと。)

(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()]							
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、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、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、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	
	健保 一男	長男	25	(株)〇〇〇	400万円	就職し、独立している	
	認定対象者の世帯全員の住民票・他の扶養義務者の有無を確認する戸籍謄本等にそれぞれの説明に該当する親族がいない場合には「該当なし」と記入してください。						
	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(手元がない場合は「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、別世帯に居住する被保険者の(認定対象者以外の)子に関する記載は不要です。					
	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
	該当なし				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
認定対象者	妻	60,000 円	20%
被保険者	本人	240,000 円	80%
被保険者以外の方	認定対象者の配偶者	円	%
		円	%
		円	%
		円	%
		円	%
合計		300,000 円	100%

(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。

認定対象者ならびに認定対象者と同一世帯の者は収入以外からの支出があればそれを加味した額を記入。別世帯の者は次ページ「認定対象者の収入の出所の割合」と同じ負担額を記入。

【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がない場合は、受領者

※ 認定対象者が子である配偶者の今後1年間の収入見込み
また、以下に異動申請
配偶者の状況：

有・無はすべての項目に○をつけ、有のものは金額を記入し、その金額が確認できる書類を添付してください。

このケースの場合被保険者・認定対象者それぞれの①直近の課税証明書（原本）②給与明細（交付されていれば）の写しもしくは予定しているパート先の雇用契約書（給与・社会保険加入状況の確認できるもの）③直近の年金支給通知（写）等が必要です。

収入の項目	有	無	金額	内 容
勤労収入	○		年 360,000 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 (XXX(株)) 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 8 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 480,000 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			70,000 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			70,000 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 %	} 合計（上記④に同じ）
その他の援助額（上記②に同じ）			円 %	
被保険者の援助額（上記③に同じ）			円 %	
				円 100%

添付書類一覧

状況によっては、これ以外にも必要に応じた書類を提出していただく場合があります

該当項目と続柄別に応じた添付書類をご提出ください

◎…必須 ○…該当する場合 ―…提出不要

該当項目	続柄				書類名	発行元
	子			子以外		
	中学生以下	高校生以上の学生	学生以外			
全員提出	◎	◎	◎	◎	①認定対象者世帯全員の住民票[原本] (3ヶ月以内に発行されたもの)	市区町村役場
学生を除く16歳以上全員提出	―	―	◎	◎	②直近の所得証明書[原本]	市区町村役場
申請時現在、学生である方	―	◎	―	―	③学生証の両面[コピー]または 在学証明書[原本]	就学先
申請時現在、給与収入がある方	―	―	○	○	④直近6ヶ月分の給与明細書[コピー]	勤務先
申請時現在、年金収入がある方	―	―	○	○	⑤直近の年金振込通知書[コピー]または 年金額改定通知書[コピー]	日本年金機構等
申請時現在、給与・年金以外の収入がある方	―	―	○	○	⑥直近の確定申告書[コピー]および 収支内訳書[コピー]	税務署
退職をした方※1※2	―	―	○	○	⑦退職日の入った源泉徴収票[コピー] および離職票-1.2[原本]※3	元勤務先
雇用保険の受給を終了した方	―	―	○	○	⑧雇用保険受給資格者証の全ページ [コピー]	ハローワーク
廃業した方※1	―	―	○	○	⑨廃業届[コピー]	税務署
被保険者と認定対象者が別居している場合	―	―	○	○	⑩直近6ヶ月分の送金確認書類[コピー]	金融機関 等
被保険者が転籍や転職で当健康保険組合に加入する場合	○	○	○	―	⑪従前資格の健康保険資格喪失証明書 [原本]	従前の健康保険組合
被保険者の配偶者が当健康保険組合の被扶養者でない場合	○	○	○	―	⑫被保険者および配偶者の直近の 所得証明書[原本]※4	市区町村役場

※1 申請時現在収入がない方で、直近の所得証明書に収入金額の記載がある方は、退職や廃業したことが分かる書類をご提出ください
(所得証明書の発行時期により一昨年の収入が記載される場合があります)

※2 雇用保険を受給中の方は、当健康保険組合の被扶養者となることはできません
雇用保険の受給を延長している方は、退職日の入った源泉徴収票[コピー]および離職票-1.2[原本]、受給期間延長通知書[原本]を、
雇用保険を受給しない方は、退職日の入った源泉徴収票[コピー]および離職票-1.2[原本]をご提出ください

※3 離職票-1.2は、必ず[原本]をご提出ください。内容を確認後返却いたします

※4 確定申告を行っている場合は、所得証明書に加えて直近の確定申告書[コピー]および収支内訳書[コピー]をご提出ください