

被扶養者申請理由書（配偶者・子以外）

1/2

※両面印刷不可…必ず片面ずつ2枚印刷し、2枚とも提出してください。

記号	番号	被保険者名	認定対象者の配偶者の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無⇒ <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別
認定対象者氏名（以下対象者という）	年齢 歳	続柄	職業等（学生⇒大1・専2・定時高1・高3・浪人等記入） <input type="checkbox"/> 中学生以下 <input type="checkbox"/> 学生⇒（ ） <input type="checkbox"/> 無職無収入 <input type="checkbox"/> 年金受給 <input type="checkbox"/> パート等収入有
1. 被扶養者とするための理由			
<input type="checkbox"/> 被保険者入社 <input type="checkbox"/> 配偶者死亡のため <input type="checkbox"/> 離婚のため <input type="checkbox"/> 求職中のため <input type="checkbox"/> 自営業廃業のため <input type="checkbox"/> 任意継続終了（ 年 月 日資格喪失） <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 退職のため ⇒ <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 定年 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> その他自己都合 <input type="checkbox"/> 会社都合 <input type="checkbox"/> 家族の転勤 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給終了 *申請する理由の事由から1年以上経過している場合はその理由をご記入下さい（ ）			
2. 対象者の現在の状況			
<input type="checkbox"/> 無保険 ⇒ 年 月 日から無保険⇒その期間は国民健康保険に加入して下さい <input type="checkbox"/> 他健保（被保険者から見た続柄： ）の被扶養者 <input type="checkbox"/> 国保（市区町村名： ） <input type="checkbox"/> 任意継続終了（ 年 月 日資格喪失）			
3. 対象者の収入状況 *収入がない場合は年額欄に「0」を記入			
収入の種類			年額
給与	*年額＝月額（直近3ヶ月平均）×12ヵ月に賞与を加算した金額を記入 給与明細の「総支給額」（通勤交通費込）が収入です。控除後の金額ではないのでご注意ください。		円
年金	<input type="checkbox"/> 老齢厚生 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 企業年金 <input type="checkbox"/> その他（ ） 60歳以上不受給の理由 ⇒ <input type="checkbox"/> 年齢未達（厚生年金未加入） <input type="checkbox"/> 加入期間不足 <input type="checkbox"/> 繰下受給 <input type="checkbox"/> 未払		円
事業収入	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 不動産（家賃・地代等） <input type="checkbox"/> 利子配当 <input type="checkbox"/> その他（ ）		円
その他給付	<input type="checkbox"/> 失業給付 <input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> 労災保険の休業補償 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他（ ）		円
対象者の年間収入金額の合計			円
4. 雇用保険について			
●退職に伴う扶養申請である（はい・いいえ） *いいえで次の※に該当しない場合は下記記入不要			
※退職によるものでなかった場合も、最新の所得証明書に給与収入(所得)が記載されているときは、一番直近の退職時情報を記載すること			
資格喪失日（退職日翌日）（ 年 月 日）			
<input type="checkbox"/> 失業給付不受給 ⇒ <input type="checkbox"/> 雇用保険未加入 <input type="checkbox"/> 受給要件満たさず（加入期間不足等） <input type="checkbox"/> 受給権放棄 <input type="checkbox"/> 受給予定・受給中 ⇒ <input type="checkbox"/> 現在未手続または手続中 <input type="checkbox"/> 待期・給付制限期間中 <input type="checkbox"/> 受給中（日額が基準内） <input type="checkbox"/> 受給延長中（手続中）⇒延長期間（ 年 月 日迄） 延長理由 ⇒ <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 受給終了 ⇒失業給付受給終了日（ 年 月 日）			

被扶養者申請理由書（配偶者・子以外）

※両面印刷不可…必ず片面ずつ2枚印刷し、2枚とも提出してください。

5. 対象者が同居している場合									
●同一世帯で被保険者と対象者以外に収入のある者がいる（いる・いない） （既に従業員の扶養に入っている者を除く）									
上記が いる の場合	A. その者の続柄(被保険者の:)	収入額	<input type="checkbox"/> 給与	<input type="checkbox"/> 年金	<input type="checkbox"/> 他	合計約	万円/年		
	B. その者の続柄(被保険者の:)	収入額	<input type="checkbox"/> 給与	<input type="checkbox"/> 年金	<input type="checkbox"/> 他	合計約	万円/年		
	C. その者の続柄(被保険者の:)	収入額	<input type="checkbox"/> 給与	<input type="checkbox"/> 年金	<input type="checkbox"/> 他	合計約	万円/年		
	D. その者の続柄(被保険者の:)	収入額	<input type="checkbox"/> 給与	<input type="checkbox"/> 年金	<input type="checkbox"/> 他	合計約	万円/年		
上記A～Dが対象者を扶養できない理由 (複数ある場合は列記)									
6. 対象者が別居している場合									
別居の 理由	<input type="checkbox"/> 単身赴任 (会社が認めている場合のみ)								
	<input type="checkbox"/> その他 ()								
●対象者が必要とする生活費			月額	約		円			
●被保険者の仕送り額			月額	約		円			
●対象者の生活費負担額			月額	約		円			
●被保険者以外に、対象者に扶養義務者（配偶者・父母・兄弟他親族）がいる（いる・いない）									
●上記がいるの場合、被保険者と対象者以外に収入のある者がいる（いる・いない）									
上記が いる の場合	E. その者の続柄(被保険者の:)	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居	収入額	<input type="checkbox"/> 給与	<input type="checkbox"/> 年金	<input type="checkbox"/> 他	合計約	万円/年
	F. その者の続柄(被保険者の:)	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居	収入額	<input type="checkbox"/> 給与	<input type="checkbox"/> 年金	<input type="checkbox"/> 他	合計約	万円/年
住居区分は 対象者から みたもの	G. その者の続柄(被保険者の:)	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居	収入額	<input type="checkbox"/> 給与	<input type="checkbox"/> 年金	<input type="checkbox"/> 他	合計約	万円/年
	H. その者の続柄(被保険者の:)	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居	収入額	<input type="checkbox"/> 給与	<input type="checkbox"/> 年金	<input type="checkbox"/> 他	合計約	万円/年
7. 対象者に対する生活費の負担について									
いずれかにチェックを入れ生活費の負担月額を記入		被保険者負担(月額)	対象者負担(月額)	他の扶養義務者の負担(月額)					
<input type="checkbox"/> 被保険者が全面的に負担		円							
<input type="checkbox"/> 被保険者と対象者が負担		円	円						
<input type="checkbox"/> 被保険者と他の扶養義務者が負担(1)		円		続柄 ()		円			
<input type="checkbox"/> 被保険者と他の扶養義務者が負担(2)		円		続柄 ()		円			
<input type="checkbox"/> 被保険者と他の扶養義務者が負担(3)		円		続柄 ()		円			
<input type="checkbox"/> 被保険者と対象者、他の扶養義務者が負担(1)		円	円	続柄 ()		円			
<input type="checkbox"/> 被保険者と対象者、他の扶養義務者が負担(2)		円	円	続柄 ()		円			
<input type="checkbox"/> 被保険者と対象者、他の扶養義務者が負担(3)		円	円	続柄 ()		円			
他の扶養義務者（E～H）が対象者を扶養していない場合は、扶養できない理由 (複数ある場合は列記)									