

被扶養者状況書

受付

被保険者の 記号・番号	—	被保険者 氏名						
扶養申請者の 状況	①扶養申請者氏名	②生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	③続柄	
	④前年1月1日の 住民票住所				⑤障害の 有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (級)		
	⑥申請前に加入していた健康保険の種類 (名称)							
	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 (協会けんぽ) <input type="checkbox"/> 任意継続被保険者 <input type="checkbox"/> 各種共済組合 <input type="checkbox"/> その他 健康保険の名称 ()							
	⑦家族構成 (被保険者以外の同居・別居の家族)							
氏名		続柄	年齢	職業	勤務先	年収	同居・別居	備考
							同・別	
							同・別	
							同・別	
							同・別	
⑧被保険者に配偶者がいる場合の配偶者について								
〈加入している健康保険〉		<input type="checkbox"/> 三重県農協健康保険組合 記号・番号 (—) <input type="checkbox"/> その他 健康保険の名称 ()						
⑨ ①で記入した扶養申請者の方の配偶者について								
<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離別 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 死別 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 離婚調停中								
⑩特記事項								
収入に ついて	⑪現在の収入について							
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※有の場合は、以下 収入の状況についてご記入ください。							
	勤労による収入	月	額	円	または	年	額	円
	年金による収入	<input type="checkbox"/> 老齢年金 (基礎・厚生) (円/年額) <input type="checkbox"/> 個人年金 (円/年額)						
		<input type="checkbox"/> 年金基金 (円/年額) <input type="checkbox"/> 遺族年金 (基礎・厚生) (円/年額)						
<input type="checkbox"/> 障害年金 (基礎・厚生) (円/年額) <input type="checkbox"/> その他 ()								
その他の収入	<input type="checkbox"/> 営業 (円/年額) <input type="checkbox"/> 株・利子配当 (円/年額)							
	<input type="checkbox"/> 農業 (円/年額) <input type="checkbox"/> その他 ()							
	<input type="checkbox"/> 不動産 (円/年額)							
保険給付	<input type="checkbox"/> 出産手当金 (年 月 日 から 年 月 日まで 金額: 円)							
	<input type="checkbox"/> 傷病手当金 (年 月 日 から 年 月 日まで 金額: 円)							
	<input type="checkbox"/> 労災保険 (年 月 日 から 年 月 日まで 金額: 円)							
	<input type="checkbox"/> その他 ()							
雇用保険関係	雇用保険の受給に関する念書							
	上記申請者については、令和____年____月____日に (勤務先名称) を退職し、雇用保険失業給付に関して、以下の通りとなります。							
	<input type="checkbox"/> 雇用保険失業給付を受給する。							
	<input type="checkbox"/> 申請中 (年 月 日 受給予定) <input type="checkbox"/> 申請予定 (年 月 日 申請予定)							
	<input type="checkbox"/> 受給中 日額: 円							
<input type="checkbox"/> 雇用保険失業給付を受給しない。								
<input type="checkbox"/> 受給資格なし 【理由: <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 加入期間不足 (勤続年数: 年 ヲ月)】								
<input type="checkbox"/> 放棄 【理由: <input type="checkbox"/> 再就職の意思なし <input type="checkbox"/> その他 ()】								
<input type="checkbox"/> 受給延長 【理由: <input type="checkbox"/> 妊娠・出産等 <input type="checkbox"/> 病気・ケガ等 <input type="checkbox"/> その他 ()】								
<input type="checkbox"/> 雇用保険失業給付の受給が終了した。 (年 月 日 受給終了)								
年 月 日								
記入内容に相違ないことを誓約します。				被保険者氏名 (自署)				