

# 被扶養者状況書

受付

被保険者の 記号・番号	—	被保険者 氏名																																																						
1 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)																																																							
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">氏名</th> <th style="width: 10%;">続柄</th> <th style="width: 10%;">年齢</th> <th style="width: 15%;">職業</th> <th style="width: 15%;">勤務先</th> <th style="width: 10%;">年収</th> <th style="width: 10%;">同居・別居</th> <th style="width: 15%;">備考</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">同・別</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">同・別</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">同・別</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">同・別</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">同・別</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>								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								同・別	
	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																																																		
						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																																																								
2 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。																																																							
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">勤労による収入</td> <td style="width: 15%;">月 額</td> <td style="width: 15%;">円 または 年 額</td> <td style="width: 15%;">円</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table>								勤労による収入	月 額	円 または 年 額	円																																												
	勤労による収入	月 額	円 または 年 額	円																																																				
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">年金による収入</td> <td style="width: 15%;"> <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 ( )         </td> <td colspan="6"></td> </tr> </table>								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 ( )																																														
	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 ( )																																																						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">その他の収入</td> <td style="width: 15%;"> <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)         </td> <td colspan="6"></td> </tr> </table>								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)																																														
	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)																																																						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">保険給付</td> <td style="width: 15%;"> <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 ( )         </td> <td colspan="6"></td> </tr> </table>								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 ( )																																														
	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 ( )																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">雇用保険関係</td> <td colspan="7">           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)         </td> </tr> </table>								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)																																															
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)																																																							
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>記入内容に相違ないことを誓約します。</span> <span>年 月 日</span> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;">被保険者氏名 (自署)</div>																																																								