

家族状況報告書 (様式イ)

過去1年以内に就職経歴のある方（雇用保険受給延長している方含む）を申請する場合

被保険者等 記号	XXXX	番号	XXXX	被保険者氏名	日発 太郎	
----------	------	----	------	--------	-------	--

記号・番号は「資格情報のお知らせ」やマイナポータルでご確認ください。

被扶養者として申請する者の経歴および生計維持の状況について

番号の枝番は記入不要です。マイナンバーの記入はNGです。

被扶養者氏名	日発 花子			生年月日	昭・平・令 ××年 ××月 ××日 (××歳)	被保険者との続柄	妻
現在の職業	なし	年間収入額	0 円	就職期間	昭・平・令 ××年 ××月 ××日 ~ 平・令 ××年 ××月 ××日		
現在又は今迄勤めていた勤務先名称		〇〇〇株式会社 △△営業所					
現在又は今迄加入していた健康保険名称		全国健康保険協会 △△支部 (前加入していた健康保険の資格喪失日 令 ××年××月××日)					
雇用保険 について	1. 受給資格があるが未受給 (理由: 待期期間のため)				3. 受給中または受給終了…雇用保険受給資格者証添付		
	2. 受給資格なし (理由:)						
被扶養者の医療費助成制度の利用		無 [1. 乳幼児医療 2. 障がい者医療 3. 自立支援医療 4. 指定難病 5. その他()]					
特別な収入の有無		無 [1. 年金 2. 不動産 3. 利子 4. その他()] 年額 円					
扶養申請の理由	1. 退職した為 2. 就業形態の変更 3. 今まで扶養していた方が入社 4. その他()						

被申請者を扶養する義務のある家族

氏名	年齢	続柄				円	同居・別居	
						円	同居・別居	

この報告書は健康保険法第3条「主として被保険者により生計を維持するもの」と定められているに基づき、被扶養者認定の公平を期すために健康保険被扶養者届の補足資料として提出するものです。他の目的に利用することはありませんので事実を報告してください。

事実と相違したことを記載した場合には被扶養者認定の取消、保険給付の返還を求めることがあります。

被保険者の他にも、「被扶養者として申請する者」を扶養する義務のある家族がいる場合は、ご記入ください。
例) 母を被扶養者として申請するにあたり、同世帯に母を扶養する義務のある、被保険者の父や兄弟がいる場合など。