

家族状況報告書 (様式口)

過去1年以内に就職経歴のない方を申請する場合

被保険者証記号		番号		被保険者氏名	
---------	--	----	--	--------	--

「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

被扶養者氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日 (歳)	被保険者との続柄	
今まで扶養していた方の氏名				被申請者との続柄	
今迄加入していた健康保険名称	(前加入していた健康保険の資格喪失日 令 年 月 日)				
扶養申請の理由	1. 今まで扶養していた方が入社 2. その他 ()				
被扶養者の医療費助成制度の利用	無・有 [1. 乳児医療 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・有 [1. 年金 2. 不動産 3. 利子 4. その他 ()] 年額 円				

「被扶養者として申請する者」を扶養する義務のある家族について、下記にご記入ください。

氏名	年齢	続柄	職業	勤務先	年収	居住	現住所
					円	同居・別居	
					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」と定められていることに基づき、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。