


常務理事	主任	担当

三井E&S健康保険組合 殿

被 扶 養 者 状 況 届

(注) なお、調査後に認定該当対象者については通知のうえ、各種証明書ならびに確認できる添付書類を提出していただきます。
(被保険者記入項目) 令和〇〇年〇〇月〇〇日

記号	番号	氏名	所属名称	住所
1010	12345	健保 太郎 	〇〇	〒〇〇〇-〇〇〇〇 中央区築地1-1-1 TEL 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

※健保記入(月額 扶養数)

Q. 1 申請する被扶養者について

氏名	生年月日	満年齢	続柄	住所
健保 花子	昭平 令和〇〇年〇月〇日	〇〇才	妻	〒 同上 TEL

Q. 2 申請する理由について

申請を必要とする理由を具体的(扶養申請に至った経緯)に記入してください。注) 確認事務手続き軽減のため、詳細に記載のこと。

令和〇〇年〇月〇日に出産予定により、出産・育児に専念するため勤務している〇〇物産(株)を令和〇〇年〇月〇〇日付で退職したため。

Q. 3 申請する被扶養者の職業および社会保険等の資格確認について

1. 就労経験の有無について (イ. <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無) ※ <input type="radio"/> と答えた方は Q4へ	6. 退職した理由 (イ. 自己都合 <input checked="" type="radio"/> 出産 <input type="radio"/> 定年 <input type="radio"/> 結婚 <input type="radio"/> 体調不良 <input type="radio"/> その他) ※ 出産予定の方は出産予定日 (〇〇年〇月〇日) ※ へと答えた方は具体理由 ()
2. 職業 (<input checked="" type="radio"/> 会社員)	7. 就労時の厚生年金保険または船員保険資格の有無について (イ. <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無)
3. 最後に勤務した会社名 (<input checked="" type="radio"/> 〇〇物産(株)岡山支店) ※ もしくは、現在勤務している会社名	8. 就労時の雇用保険の加入有無について (イ. <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無)
4. 退職または事業を止めた日 (令和〇〇年〇月〇〇日)	9. 職業安定所への求職申込について (イ. <input checked="" type="radio"/> している <input type="radio"/> していない)
5. 就労または事業をしていた年数 (<input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> ヶ月間)	10. 雇用保険の受給手続きについて (イ. <input checked="" type="radio"/> している <input type="radio"/> 放棄する <input type="radio"/> 受給を延長する)
◎ 退職年における給与・賞与支給総額 (<input type="radio"/> 万円)	11. 受給手続きをされている方は、手続き日 (<input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日) 基本手当日額 (<input type="radio"/> 円) ※ 基本手当日額が3,612円(60歳以上または障害年金受給者は、5,000円)以上の場合、受給中は扶養へ入ることが出来ません
	12. 雇用保険受給終了をされた方は、終了日 (<input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日) ※ 11.12の問いについては、「雇用保険受給資格者証」を確認してください

Q. 4 申請する被扶養者の現在の収入等の確認について ※該当収入がある場合は()内へ直近の月額を記入ください。

1. 勤労収入(給与所得) 有 (<input type="radio"/> 円) <input checked="" type="radio"/> 無	11. 申請する被扶養者に配偶者がいる場合について 配偶者の⇒ (1) 職業 (<input checked="" type="radio"/> 会社員) (2) 年収 (<input type="radio"/> 〇, <input type="radio"/> 〇〇〇, <input type="radio"/> 〇〇〇円)
2. パート、アルバイト収入 有 (<input type="radio"/> 円) <input checked="" type="radio"/> 無	12. 申請する被扶養者に配偶者がいない場合について (1) 死亡 → (<input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月) (2) 離婚 → (<input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月) (3) その他 → (<input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月)
3. 利子、配当所得 有 (<input type="radio"/> 円) <input checked="" type="radio"/> 無	13. 申請する被扶養者と同居している家族の一員が農業・商業を営んでいる場合について (イ. <input checked="" type="radio"/> いない <input type="radio"/> いる) ※ <input type="radio"/> と答えた方は ①農業⇒ 耕作面積 (<input type="radio"/> アール) ②商業・漁業 業種 (<input type="radio"/>) 年収(約 <input type="radio"/> 円)
4. 年金(厚生・国民)、恩給 } 有 (<input type="radio"/> 円) <input checked="" type="radio"/> 無	
5. 年金(遺族・障害) }	
6. 雇用保険失業給付金受給 有 (<input type="radio"/> 円) <input checked="" type="radio"/> 無	
7. 出産手当金受給 有 (<input type="radio"/> 円) <input checked="" type="radio"/> 無	
8. 傷病手当金受給 有 (<input type="radio"/> 円) <input checked="" type="radio"/> 無	
9. 事業所得(業種:) 有 (<input type="radio"/> 円) <input checked="" type="radio"/> 無	
10. 過去1年間に有した 補償金・不動産所得 有 (<input type="radio"/> 円) <input checked="" type="radio"/> 無	

Q. 5 申請する被扶養者の、現在加入している保険の確認について

1. 国民健康保険 2. 全国健康保険協会 3. 組合健康保険 4. 船員保険健康保険 5. 共済組合 6. 任意継続中 7. 未加入

Q. 6 申請する被扶養者の今までの生活費の確認について

1. <input checked="" type="radio"/> 自分で働いて生活していた。 (令和〇〇年〇月〇まで)
2. <input type="radio"/> 年金あるいは恩給により生活していた。 (<input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> まで)
3. (<input type="radio"/>)に扶養されていた。 (<input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> まで)

Q. 7 申請する被扶養者の現在の生活費等の確認について ※続柄は申請する被保険者との関係を記入してください。

1. 本人の収入または貯蓄を取り崩してなんとかやっている。	※ 被扶養者が別居の場合は、原則認定していないことからその生計維持関係について、詳細に確認をします。
<input checked="" type="radio"/> 2. 全面的に被保険者が負担している。	1. 別居先の同居者の有無について。(イ. 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/>) 同居者がいる場合 氏名 (<input type="radio"/>) 続柄 (<input type="radio"/>)
3. 被保険者が一部負担している。	2. あなたから被扶養者への送金額を記入してください。
4. 被保険者の他にも負担者がいる。	※ 別居先の扶養家族の認定条件として、毎月々の送金が必要となります。また、その送金額は申請する被扶養者の収入額(月額ベース)を上回らなければなりません。なお、過去3ヶ月以上の送金証明書が必要となります。 毎月 (<input type="radio"/>)円 (遠隔地の学生・療養者は除く)
※ 他の負担者がいる場合 氏名 (<input type="radio"/>) 続柄 (<input type="radio"/>) (月額 <input type="radio"/> 円)	
氏名 (<input type="radio"/>) 続柄 (<input type="radio"/>) (月額 <input type="radio"/> 円)	