㊙

扶養状況調書

被保険者	事業所名	
	記号－番号	－
	氏　名	印

認定対象家族の状況	氏　名			男・女	歳	続柄	
	住　所						
	現在加入している健康保険	1. 勤務先の健康保険　2. 以前の勤務先の任意継続健康保険　3. 国民健康保険 4. 他の親族等の被扶養者　5. 無保険					
	職　業	1. 家事従事　2. パート･アルバイト　3. 自営業等　4. 学生　5. その他（　　）					
	勤務先	名　称					
		所在地					
		勤務状況	1日　時間　・　1週　日　・　1カ月　日	退職日	年　月　日		
	収入の状況	勤労収入（パート･アルバイト）	円／月				
		年金収入（老齢･遺族･障害）	円／月				
		企業年金収入	円／月				
		恩給	円／月				
		雇用保険失業給付	円／月	（日額×30）			
		健康保険給付（傷病手当金、出産手当金）	円／月	（日額×30）			
		不動産収入（ｱﾊﾟｰﾄ経営等）	円／月				
		自営業収入	円／月				
		農業収入	円／月				
		その他（具体的に）	円／月				
		別居の場合　被保険者からの援助額	円／月				
		別居の場合　他の親族等からの援助額	円／月				
		合　計	円／月				

上記の家族を扶養することになった理由	

【家 族 構 成】　認定対象者の家族構成を記入して下さい
（配偶者･子以外の場合は、同居別居を問わず親子･全兄弟姉妹まで記入して下さい）

氏名	続柄	年齢	扶養の事実	職業	年収	同居･別居
	本人				円	
			有 ・ 無 ・ 認		円	同 ・ 別
			有 ・ 無 ・ 認		円	同 ・ 別
			有 ・ 無 ・ 認		円	同 ・ 別
			有 ・ 無 ・ 認		円	同 ・ 別
			有 ・ 無 ・ 認		円	同 ・ 別
			有 ・ 無 ・ 認		円	同 ・ 別
			有 ・ 無 ・ 認		円	同 ・ 別

注）扶養の事実について　有：現在被扶養者　無：他の健康保険加入者　認：今回の認定対象者