

生 計 状 況 書

(認定を厳正且つ公平に行うための書類です。事実を詳細に記入して下さい。)

平成 ● 年 ● 月 ● 日

健康保険の被扶養者とすることについて、下記のとおり
の生計状況に相違ないので申請いたします。

記号一番号	× — ×××××
被保険者名	健康保 印
所属部署	○○○部 忘れず押印
電 話	03 (3815)×××× / 内線123-4567

1. 被扶養者とする者について

フリガナ	ケンコウ クミコ	生 年 月 日	本人との続柄
氏 名	健康 組子	昭和 平成 ● 年 ● 月 ● 日生	妻

*75歳以上の方は【後期高齢者医療制度】に該当するため扶養申請はできません。

2. 扶養することになった理由

*生計の大半をあなたが面倒をみなければならない理由を詳細に記入してください。

専業主婦につき扶養。

3. 被扶養者とする者の過去一年以内の就業状況について

① 過去一年以内	有 無				
② ①で有の場合	《入社年月日》	昭和・平成	年	月	日
	《退職年月日》	昭和・平成	年	月	日
③ 退職した場合	離職票の発行	有	.	無	
④ ③で有の場合	失業保険受給資格	有	.	無	

4. 被扶養者とする者の収入状況

① パート・アルバイトによる給与収入	有	.	無	年額	円
② 年金収入	有	.	無	年額	円
③ その他恒常的収入	有	.	無	年額	円

5. 被保険者との同居・別居について

同居 . 別居	
*別居の場合、該当する理由番号に丸印をしてください。	
① 被保険者の業務上の事由による単身赴任	
② 就学中による家族との別居	
③ 特別養護老人ホームへの入所による別居	
④ ①～③以外の理由による別居	→月あたりの送金額 円

6. 被扶養者とする者の配偶者について

① 配偶者の有無	有 . 無
② ①で有の場合その者の年間収入	4,000,000 円

*注意 必ず生計を維持しなければならない事を証明する証明書類
(「健康保険のしくみ」健康保険に加入する人(被扶養者)に掲載しています)の添付が必要です。
今一度「健康保険に加入する人(被扶養者)」を読み返し、不備のない様お願いします。