

扶養事情報告書

記入日	年 月 日
-----	-------

私は、直近の対象者の事実を下記のとおり報告します。尚、事実と相違した内容があった場合、被扶養者認定を遡って取消し、保険給付の返還をすることに異存ありません。また、貴組合が必要とする証明書の提出及び調査には速やかに対応することを誓約いたします。

被保険者(本人)について			
記号	番号	被保険者氏名	配偶者
			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

配偶者がアクサ健保の被扶養者でない場合、5.へ配偶者の収入を記入してください。

扶養したい方(対象者)について※続柄は詳しくご記入ください 夫・妻・子以外の場合、配偶者の有無・理由もご記入ください

扶養したい対象者氏名	続柄	年齢	配偶者	対象者に配偶者がいない場合いずれかに☑をいれてください
			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離別

1. 扶養したい方(対象者)が今現在加入している健保(アクサ健保加入前)

健康保険の名称	加入期間	誰の扶養となっていたか(国保以外の場合)		任意継続者の方は☑を入れてください
		氏名	続柄	
	年 月 日から 年 月 日まで			<input type="checkbox"/>
現在未加入の場合その理由を記入ください				

※1 直近の履歴が被保険者様以外の扶養であった場合、喪失証明書が必要になりますのでご注意ください。(国保以外)

※2 加入期間が不明の場合は大体の日付を記入ください。

2. 扶養申請する理由 ※あてはまる項目に☑を入れて、右側の欄には理由がありましたらご記入ください。

チェック欄	理由
<input type="checkbox"/>	療養中で就業できないため
<input type="checkbox"/>	求職中だが、失業給付が受給できない(受給が終了した)ため →受給できない理由: →受給予定の場合「受給開始日」: →出産・育児のため受給しない場合、「出産(予定)日」:
<input type="checkbox"/>	退職したが、失業給付を受給しないため、→受給しない理由:
<input type="checkbox"/>	60歳以上だが、年金受給もなく就業できないため、→受給できない理由:
<input type="checkbox"/>	育児・介護があり、就業できないため
<input type="checkbox"/>	乳幼児など未就学もしくは学生で、就業できないため、→児童・学生の場合学年:
<input type="checkbox"/>	自営業を廃業し、無収入のため
<input type="checkbox"/>	上記以外の理由で、無収入のため(例:働く必要がない)→働かない理由:
<input type="checkbox"/>	収入があるが生計費は被保険者が主に負担しているため → 3.へ収入を記入
その他(理由を詳しく書いてください)	

3. 扶養したい方(対象者)の現在の収入についてご記入ください。

※あてはまる項目全てに☑を入れて、右側の欄に直近の金額/月収をご記入ください。

チェック欄	種類	収入月額
<input type="checkbox"/>	給与収入(3ヶ月の平均月額)※交通費等含めた総支給額。手取金額ではありません	円
<input type="checkbox"/>	賞与収入(直近1回の総支給額)	円
<input type="checkbox"/>	年金収入(税等控除前の金額) ※老齢・障害・遺族・企業年金・年金基金等すべての年金を申告してください	円
<input type="checkbox"/>	事業収入(年額÷12ヶ月) ※売上から原価と経費を控除した金額。課税所得額とは異なります	円
<input type="checkbox"/>	不動産収入(年額÷12ヶ月) ※収入から経費を除いた金額	円
<input type="checkbox"/>	利子・配当収入(年額÷12ヶ月) ※収入から経費を除いた金額	円
<input type="checkbox"/>	雇用保険の失業給付(給付日額×30日で計算)	円
<input type="checkbox"/>	健康保険の傷病手当金・出産手当金(付加金含)	円
<input type="checkbox"/>	労災保険の休業補償給付	円
<input type="checkbox"/>	他者からの援助(養育費や慰謝料など継続的なもの)	円
<input type="checkbox"/>	その他具体的に:	円
月収合計		円

4. 扶養したい方(対象者)に対する医療費助成(ひとり親助成・障害者助成)について、該当する場合は☑を入れてください。

<input type="checkbox"/>	該当する場合 → 医療証、受給証等の写をご提出ください※(後送可)
--------------------------	-----------------------------------

5. 扶養したい方(対象者)に対し扶養義務のある方(扶養義務者)について、収入と対象者に対しその方が援助(仕送り)している額をご記入ください。

- ① 被保険者の配偶者が当健保の被扶養者でない場合、配偶者についてご記入ください。
- ② 配偶者・子以外を扶養したいとき、その方に対し他に扶養義務のある方についてご記入ください
(例:母を扶養したい→父について記入。兄弟を扶養したい→両親と他の兄弟について記入。孫を扶養したい→孫の両親について記入)

扶養義務者氏名	続柄	年齢	職業	同居/別居	月収	援助(仕送り)額
				<input type="checkbox"/>		円
				<input type="checkbox"/>		円

6. 扶養したい方(対象者)と被保険者が別居(別世帯)の場合 ※同居の場合は記入不要です。

「別居の理由」を具体的にご記入ください	送金月額
	※(手渡し・まとめた送金は不可) 円