

**記入例①  
配偶者（無職）**

「扶養事情報告書」にはご家族の状況をありのままにご記入ください。  
扶養したい方（対象者）1人につき、1枚記入してください。  
記入もれがあると受付できませんので、ご注意ください。

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、賃組合が必要とする説明書の提出及び調査には速やかに応じることを誓約いたします。

被保険者（本人）		扶養したい方（対象者）【以下対象者の配偶者については、対象者があなたの夫・妻の場合は記入不要です。】		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。
記号	〇〇〇	氏名	配偶者	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

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☑を記入してください。
			<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	扶養の氏名
〇〇〇健康保険組合	年 月 日から 年 月 日まで	
現在未加入の場合その理由を記入ください		

**1**：現在、他健保に**加入中**の場合（健保の任意継続含む）は、重複して健康保険に加入できないため、扶養の認定は、加入中の健保の資格喪失後となります。  
（〇〇月〇〇日～現在「加入中」と記入して下さい。）

※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用意ください。  
※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
その他（理由を詳しく書いてください）	

**※扶養申請する理由に該当する項目がない場合や、本申請に対し、申立てたい事柄がある場合は、「その他」の欄に具体的に記入してください。**

**扶養したい方（対象者）の収入**  
はまる項目全てに☑を記入

**5**：対象者の主たる生計維持者を確認するための項目です。対象者が配偶者の場合は記入不要です。

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)※交通費等を含めた総支給額。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)※収入から経費を控除した金額	円
<input type="checkbox"/>	利子・配当収入(年額÷12ヶ月)※収入から経費を控除した金額	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

**3**：対象者の今現在の収入を金額の多少にかかわらず、すべてご記入ください。(交通費等を含めた総支給額。手取り金額ではありません)

**※収入が無い場合、合計欄に「0」円とご記入ください。**

**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※を提出してください※（後送可）
--------------------------	-----------------------------------

**4**：医療費助成＝地方自治体等から、医療費の一部負担金の補助を受けていること。健保からの保険給付の際必要な情報になります。受けている場合は、☑をし、受給者証等のコピーを添付して下さい。（添付できないときは、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（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

扶養義務者氏名	続柄	年齢	職業	同居/別居	月	円
				<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」を具体的に記入ください	送金月額

**6**：別居の場合、別居の理由と対象者に対しあなたが送金（仕送り）を行っている金額を必ずご記入ください。（手渡し・まとめた送金では、扶養の事実確認ができないため認められません。送金証明書3カ月分を揃えてから申請してください。また、送金月額が別居のご家族の、生計費の一部のみの場合等、被保険者が実際に継続して別居のご家族の生計を主として維持していることが確認できない場合、被扶養者として認定されません）  
**※「被扶養者 同居・別居 申請書」の提出が必要になります。**

**記入例②**  
**配偶者（収入有）**

「扶養事情報告書」にはご家族の状況をありのままにご記入ください。扶養したい方（対象者）1人につき、1枚記入してください。記入もれがあると受付できませんので、ご注意ください。

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

被保険者(本人)について		配偶者	
記号		<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。
〇〇〇	〇	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

扶養したい方(対象者)【以下対象者】の**配偶者**については、対象者があなたの夫・妻の場合は記入不要です。

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☑を記入してください。
			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死別

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(国保)氏
〇〇〇健康保険組合	年 月 日から 年 月 日まで	
現在未加入の場合その理由を記入ください		

1：現在、他健保に**加入中**の場合（健保の任意継続含む）は、重複して健康保険に加入できないため、扶養の認定は、加入中の健保の資格喪失後となります。（〇〇月〇〇日～現在「加入中」と記入して下さい。

※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用意ください。(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
その他(理由を詳しく書いてください)	

2：対象者を健保の扶養とする理由について、当てはまる項目のみ☑を付けてください。該当する項目に「→」がある場合、その理由を具体的に詳しくご記入ください。

※扶養申請する理由に該当する項目がない場合や、本申請に対し、申立てたい事柄がある場合は、「その他」の欄に具体的に詳しくご記入ください。

5：対象者の主たる生計維持者を確認するための項目です。対象者が配偶者の場合は記入不要です。

日までに☑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)※交通費等を含めた総支給額。手取り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)※収入から経費を控除した金額	円
<input type="checkbox"/>	利子・配当収入(年額÷12ヶ月)※収入から経費を控除した金額	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
<b>月 収 合 計</b>		円

3：対象者の今現在の収入を金額の多少にかかわらず、すべてご記入ください。(交通費等を含めた総支給額。手取り金額ではありません)

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、受給証等の写しをご提出ください。
--------------------------	-------------------------------

4：医療費助成＝地方自治体等から、医療費の一部負担金の補助を受けていること。健保からの保険給付の際に必要な情報になります。受けている場合は、☑をし、受給者証等のコピーを添付して下さい。(添付できないときは、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)の扶養(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  
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者(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)

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」を具体的に詳しくご記入ください	送金月額

6：別居の場合、別居の理由と対象者に対しあなたが送金(仕送り)を行っている金額を必ずご記入ください。(手渡し・まとめた送金では、扶養の事実確認ができないため認められません。送金証明書3カ月分を揃えてから申請してください。また、送金月額が別居のご家族の、生計費の一部のみの場合等、被保険者が実際に継続して別居のご家族の生計を主として維持していることが確認できない場合、被扶養者として認定されません) ※「被扶養者 同居・別居 申請書」の提出が必要になります。

**記入例③**  
**配偶者(雇用保険受給終了)**

「扶養事情報告書」にはご家族の状況をありのままにご記入ください。  
扶養したい方(対象者)1人につき、1枚記入してください。  
記入もれがあると受付できませんので、ご注意ください。

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応じることを誓約いたします。

被保険者(本人)		扶養したい方(対象者)【以下対象者】の配偶者については、対象者があなたの夫・妻の場合は記入不要です。		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。	
記号	〇〇〇	氏名		配偶者	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

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☑を付けてください。
			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死別

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
〇〇〇健康保険組合	年 月 日から 年 月 日まで
現在未加入の場合その理由を記入ください	

1: 現在、他健保に**加入中**の場合(健保の任意継続含む)は、重複して健康保険に加入できないため、扶養の認定は、加入中の健保の資格喪失後となります。  
(〇〇月〇〇日～現在 「加入中」と記入して下さい。)

※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用意ください。(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)→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)→他
<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 →
その他(理由を詳しく書いてください)	

※扶養申請する理由に該当する項目がない場合や、本申請に対し、申立てたい事柄がある場合は、「その他」の欄に具体的にご記入ください。

5: 対象者の主たる生計維持者を確認するための項目です。対象者が配偶者の場合は記入不要です。

対象者の収入をすべて☑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)※交通費等を含めた総支給額。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)	
<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	
<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	
<input type="checkbox"/>	不動産収入(年額÷12ヶ月)※収入から経費を控除した金額	
<input type="checkbox"/>	利子・配当収入(年額÷12ヶ月)※収入から経費を控除した金額	円
<input type="checkbox"/>	雇用保険の失業給付(給付日額×30日で計算)	
<input type="checkbox"/>	健康保険の傷病手当金・出産手当金(付加金含)	
<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
	<b>月収合計</b>	円

3: 対象者の今現在の収入を金額の多少にかかわらず、すべてご記入ください。(交通費等を含めた総支給額。手取り金額ではありません)

※収入が無い場合、合計欄に「0」円とご記入ください。

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・受給証等の写しをご提出ください
--------------------------	------------------------------

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)の援助(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  
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(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)

4: 医療費助成=地方自治体等から、医療費の一部負担金の補助を受けていること。健保からの保険給付の際に必要な情報になります。受けている場合は、☑をし、受給者証等のコピーを添付して下さい。(添付できないときは、後送可)

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。

6: 別居の場合、別居の理由と対象者に対しあなたが送金(仕送り)を行っている金額を必ずご記入ください。(手渡し・まとめた送金では、扶養の事実確認ができないため認められません。送金証明書3カ月分を揃えてから申請してください。また、送金月額が別居のご家族の、生計費の一部のみの場合等、被保険者が実際に継続して別居のご家族の生計を主として維持していることが確認できない場合、被扶養者として認定されません)  
※「被扶養者 同居・別居 申請書」の提出が必要になります。

**記入例④**  
**子（学生）**

「扶養事情報告書」にはご家族の状況をありのままにご記入ください。  
扶養したい方（対象者）1人につき、1枚記入してください。  
記入もれがあると受付できませんので、ご注意ください。

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応じることを誓約いたします。

被保険者(本人)について		扶養したい方(対象者)について	
記号	〇〇〇	氏名	〇〇〇
		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)【以下対象者】の配偶者については、対象者があなたの子（長男・長女等）の場合は記入不要です。	
		その他の場合、配偶者の有無・理由もご記入ください	
年齢		配偶者	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
			<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死別
			<input type="checkbox"/> 寡別

**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(国・市・区・町・村)
〇〇〇健康保険組合	年 月 日から 年 月 日まで	
現在未加入の場合その理由を記入ください		

**1**：現在、他健保に**加入中**の場合（健保の任意継続含む）は、重複して健康保険に加入できないため、扶養の認定は、加入中の健保の資格喪失後となります。（〇〇月〇〇日～現在「加入中」と記入して下さい。

※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用意ください。（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」：
	<b>2</b> ：対象者を健保の扶養とする理由について、 <b>当てはまる項目のみ☑</b> を付けてください。該当する項目に「→」がある場合、その理由を具体的に詳しくご記入ください。
<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
<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 → <b>3</b>
その他(理由を詳しく書いてください)	

※扶養申請する理由に該当する項目がない場合や、本申請に対し、申立てたい事柄がある場合は、「その他」の欄に具体的にご記入ください。

**5**：対象者の主たる生計維持者を確認するための項目です。あなたの**配偶者が当健保の被扶養者でない場合、配偶者について必ずご記入**ください。（子などを扶養する場合、夫婦で収入が多い方が扶養者となります）  
※月収欄に扶養義務者の月収（交通費等を含めた総支給額）を記入してください。  
※援助（仕送り）額欄には、扶養義務者が対象者に対し、生計費・学費等の援助を行っているか金額でご記入ください。（援助してない場合は「0円」と記入）

チェック欄	項目	金額
<input type="checkbox"/>	給与収入(3ヶ月の平均月額)※交通費等を含めた総支給額。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)※収入から経費を控除した金額	円
<input type="checkbox"/>	利子・配当収入(年額÷12ヶ月)※収入から経費を控除した金額	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	円
<input type="checkbox"/>	他者からの援助(例：親戚からの援助)	円
<input type="checkbox"/>	その他具体的に：	円
	<b>月収合計</b>	円

**3**：対象者の今現在の収入を金額の多少にかかわらず、すべてご記入ください。（交通費等を含めた総支給額。手取り金額ではありません）  
対象者が未成年・学生の場合も、必ず対象者自身の収入についてご記入ください。（対象者以外の収入は5欄にご記入いただく必要はありません）

※収入が無い場合、合計欄に「0」円とご記入ください。

**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、受給証等の写しをご提出してください。
--------------------------	---------------------------------

**4**：医療費助成＝地方自治体等から、医療費の一部負担金の補助を受けていること。健保からの保険給付の際に必要な情報になります。義務教育終了(中学校卒業)前以外の方で受けている場合は☑をし、受給者証等のコピーを添付してください（添付できないときは後送可）。

**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)の援助(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	
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(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)	

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)の別居について**

<input type="checkbox"/>	別居	理由
--------------------------	----	----

**6**：別居の場合、別居の理由と対象者に対しあなたが送金（仕送り）を行っている金額を必ずご記入ください。（手渡し・まとめた送金では、扶養の事実確認ができないため認められません。送金証明書 3カ月分を揃えてから申請してください。  
また、送金月額が別居のご家族の、生計費の一部のみの場合等、被保険者が実際に継続して別居のご家族の生計を主として維持していることが確認できない場合、被扶養者として認定されません）  
※「被扶養者 同居・別居 申請書」の提出が必要になります。

**記入例⑤**  
**母（年金収入）**

「扶養事情報告書」にはご家族の状況をありのままにご記入ください。  
扶養したい方（対象者）1人につき、1枚記入してください。  
記入もれがあると受付できませんので、ご注意ください。

**扶養事情報告書**

**扶養事情報告書**

記入日 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

扶養したい方（対象者）【以下対象者】の配偶者については、対象者があなたの夫・妻または長男・長女等の子以外の場合は必ずご記入ください。  
対象者に配偶者がいない理由が「死別」の場合で、かつ遺族年金を受給していない場合は、3のその他欄に遺族年金を受給できない理由を必ずご記入ください。

本人について  
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☑を記入してください。

番号 〇〇〇〇	被保険者氏名	配偶者 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	配偶者がアクセル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。
扶養したい対象者氏名	続柄	年齢	配偶者 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
			対象者に配偶者がいない場合いずれかに☑を記入してください。 <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康保険

1. 扶養したい方(対象者)が今現在加入している健康保険

健康保険の名称 〇〇〇健康保険組合	健康保険の名称 〇〇〇健康保険組合
現在未加入の場合その理由を記入ください	現在未加入の場合その理由を記入ください

健康保険の名称 〇〇〇健康保険組合	健康保険の名称 〇〇〇健康保険組合
現在未加入の場合その理由を記入ください	現在未加入の場合その理由を記入ください

1：現在、他健保に**加入中**の場合（健保の任意継続含む）は、重複して健康保険に加入できないため、扶養の認定は、加入中の健保の資格喪失後となります。  
（〇〇月〇〇日～現在「加入中」と記入して下さい。）

2. 扶養申請する理由 ※あてはまる項目に☑を記入

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。

<input type="checkbox"/> 療養中で就業できないため	<input type="checkbox"/> 療養中で就業できないため
<input type="checkbox"/> 求職中だが、失業給付を受給できないため →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・育児期間」： <input type="checkbox"/> 退職したが、失業給付を受給しないため <input type="checkbox"/> 60歳以上だが、年金受給もなく就業できないため <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、就業していないため <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：) <input type="checkbox"/> 収入があるが生計費は被保険者負担	<input type="checkbox"/> 求職中だが、失業給付を受給できないため →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・育児期間」： <input type="checkbox"/> 退職したが、失業給付を受給しないため <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

理由
※扶養申請する理由に該当する項目がない場合や、本申請に対し、申立てたい事柄がある場合は、「その他」の欄に具体的にご記入ください。

5：対象者の主たる生計維持者を確認するための項目です。  
① あなたの配偶者が当健保の被扶養者でない場合、配偶者について必ずご記入ください。（子などを扶養する場合、夫婦で収入が多い方が扶養者となります）  
② 配偶者・子以外を扶養したい場合、他の扶養義務者をすべてご記入いただきます。  
※月収欄に扶養義務者の月収（交通費等含めた総支給額）を記入してください。  
※援助（仕送り）額欄には、扶養義務者が対象者に対し、生計費・学費等の援助を行っているか金額でご記入ください。（援助していない場合は「0円」と記入）

3：対象者の今現在の収入を金額の多少にかかわらず、すべてご記入ください。（交通費等含めた総支給額。手取り金額ではありません）  
（対象者以外の収入は5欄にご記入いただく必要はありません）

※収入が無い場合、合計欄に「0円」とご記入ください。

4. 扶養したい方(対象者)に対する医療費の補助

4：医療費助成＝地方自治体等から、医療費の一部負担金の補助を受けていること。  
健保からの保険給付の際に必要な情報になります。  
受けている場合は、☑をし、受給者証等のコピーを添付してください。  
（添付できないときは、後送可）

5. 扶養したい方(対象者)に対する援助(仕送り)している額

- ① 被保険者の配偶者が当健保の被扶養者でない場合、配偶者について必ずご記入ください。
- ② 配偶者・子以外を扶養したい場合、他の扶養義務者をすべてご記入いただきます。  
（例：母を扶養したい→父について記入）

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"/>		
				<input type="checkbox"/>		

6：別居の場合、別居の理由と対象者に対しあなたが送金（仕送り）を行っている金額を必ずご記入ください。（手渡し・まとめた送金では、扶養の事実確認ができないため認められません。送金証明書3カ月分を揃えてから申請してください。また、送金月額が別居のご家族の、生計費の一部のみの場合等、被保険者が実際に継続して別居のご家族の生計を主として維持していることが確認できない場合、被扶養者として認定されません）  
※「被扶養者 同居・別居 申請書」の提出が必要になります。

記入例⑥

その他

「扶養事情報告書」にはご家族の状況をありのままにご記入ください。扶養したい方(対象者)1人につき、1枚記入してください。記入もれがあると受付できませんので、ご注意ください。

扶養事情報告書

記入日 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

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、責組合が必要とする証明書の提出及び調査には速やかに応じることを誓約いたします。

扶養したい方(対象者)【以下対象者】の配偶者については、対象者があなたの夫・妻または長男・長女等の子の場合は記入不要です。それ以外の家族の場合は必ずご記入ください。対象者に配偶者がいない理由が「死別」の場合で、かつ遺族年金を受給していない場合は、3のその他欄に遺族年金を受給できない理由を必ずご記入ください。

扶養したい方(対象者)の配偶者に関する記入欄。配偶者氏名、年齢、配偶者有無、対象者に配偶者がいない場合の理由(未婚、死別、離別)を記入する欄。

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(年月日)を記入する表。例として「〇〇〇健康保険組合」が記載されている。

1: 現在、他健保に加入中の場合(健保の任意継続含む)は、重複して健康保険に加入できないため、扶養の認定は、加入中の健保の資格喪失後となります。(〇〇月〇〇日～現在「加入中」と記入して下さい。)

※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用意ください。

※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。

扶養申請する理由に関するチェック欄。療養中で就業できないため、求職中だが失業給付を受給できない(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」、退職したが失業給付を受給しないため、受給しない理由、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、育児・介護があり就業できないため、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、自営業を廃業し無収入のため、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、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、その他(理由を詳しく書いてください)。

2: 対象者を健保の扶養とする理由について、いずれかであてはまる項目のみ☑を付けてください。該当する項目に「→」がある場合、その理由を具体的に詳しくご記入ください。

※扶養申請する理由に該当する項目がない場合や、本申請に対し、申立てたい事柄がある場合は、「その他」の欄に具体的に記入してください。

5: 対象者の主たる生計維持者を確認するための項目です。

- ① あなたの配偶者が当健保の被扶養者でない場合、配偶者について必ずご記入ください。(子などを扶養する場合、夫婦で収入が多い方が扶養者となります)
② 配偶者・子以外を扶養したい場合、他の扶養義務者をすべてご記入いただきます。

※月収欄に扶養義務者の月収(交通費等を含めた総支給額)を記入してください。※援助(仕送り)額欄には、扶養義務者が対象者に対し、生計費・学費等の援助を行っているか金額でご記入ください。(援助してない場合は「0円」と記入)

扶養したい方(対象者)の収入に関する記入欄。給与収入(3ヶ月)、賞与収入(直近1回の総支給額)、年金収入(税等控除前の金額)、事業収入(年額+12ヶ月)、不動産収入(年額+12ヶ月)、利子・配当収入(年額+12ヶ月)、雇用保険の失業給付(給付日額×90日で計算)、健康保険の偶病手当金・出産手当金(付加金)、労災保険の休業補償給付、他者からの援助、その他具体的な収入を記入する欄。月収合計欄も含まれる。

3: 対象者の今現在の収入を金額の多少にかかわらず、すべてご記入ください。(交通費等を含めた総支給額。手取り金額ではありません) 対象者が未成年・学生の場合も、必ず対象者自身の収入についてご記入ください。(対象者以外の収入は5欄にご記入いただく必要はありません)

※収入が無い場合、合計欄に「0」円とご記入ください。

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)を受けているかどうかを記入してください。

該当する場合 → 医療証、受給証等の写しをご提出してください。

4: 医療費助成=地方自治体等から、医療費の一部負担金の補助を受けていること。健保からの保険給付の際必要な情報になります。義務教育終了(中学校卒業)前以外の方で受けている場合は☑をし、受給者証等のコピーを添付してください(添付できないときは後送可)。

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)の収入(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
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(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)

扶養義務者氏名、続柄、年齢、職業、同居/別居、月収、援助(仕送り)額を記入する表。

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

6: 別居の場合、別居の理由と対象者に対しあなたが送金(仕送り)を行っている金額を必ずご記入ください。(手渡し・まとめた送金では、扶養の事実確認ができないため認められません。送金証明書3カ月分を揃えてから申請してください。また、送金月額が別居のご家族の生計費の一部のみの場合等、被保険者が実際に継続して別居のご家族の生計を主として維持していることが確認できない場合、被扶養者として認定されません) ※「被扶養者 同居・別居 申請書」の提出が必要になります。