

# 扶 養 申 請 者 の 現 況 書 (18歳以下)

1 / 1

1.扶養申請者をご記入ください

氏 名	続 柄	年 齢	収 入 ( 年 額 )

2.現在の状況についてご記入ください

職 業	同 居 ・ 別 居	
<input type="checkbox"/> 給与所得者 <input type="checkbox"/> 無 職 <input type="checkbox"/> 学 生	<b>同居</b>	<input type="checkbox"/> 住民票上、同一世帯である <input type="checkbox"/> 被保険者の単身赴任による別居
	<b>別居</b>	<input type="checkbox"/> 施設入所による別居 <input type="checkbox"/> 住所が別または、住民票上世帯分離している

<b>必須提出書類</b>	<b>世帯全員の住民票 写し</b> (※マイナンバー記載なし ※取得日より1ヶ月以内)	<b>市区町村役場</b>
---------------	--	---------------

+

3.現在の状況について詳しく教えてください

該 当 項 目 に チェック と 記 入	必 要 提 出 書 類 ( コ ピー )	取 得 先
<input type="checkbox"/> 被保険者と別居または世帯分離 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 世帯分離	直近6ヶ月分の送金証明書 ※振込明細・通帳[送金元と送金先が確認できるもの] 施設入所費用の支払明細書(入所している方)	銀行等
<input type="checkbox"/> 障害認定を受けている ( 級)	身体障害者手帳・療育手帳(写)等	福祉事務所等
<input type="checkbox"/> 配偶者を扶養に入れず子供の扶養を希望する方	配偶者の源泉徴収票	勤務先

4.配偶者の扶養にいれない理由について教えてください(養育費等があればご記入ください)

--

5.申請前の健康保険の加入状況について教えてください

<b>国民健康保険</b>		年 月 日	<input type="checkbox"/> 喪失済 <input type="checkbox"/> 喪失予定
<b>その他健康保険組合</b>	健康保険組合	年 月 日	<input type="checkbox"/> 喪失済 <input type="checkbox"/> 喪失予定

6.扶養を希望するお子様の配偶者について教えてください

<input type="checkbox"/> 未婚	<input type="checkbox"/> 既婚	<input type="checkbox"/> 離別	<input type="checkbox"/> 死別
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

## ご 注 意

ご記入・添付いただきました書類で審査をいたしますが  
詳細をお尋ねする場合や追加で書類取得をお願いする場合がございますので  
その際はお手数ですが、ご理解ご協力をよろしくお願い致します。

今一度、ご捺印まで記入漏れがないかご確認をお願いします。

※扶養認定が決定した方は、ご提出いただいた書類を返却いたしませんので、ご了承ください

※書類をご提出いただきましても、必ず被扶養者になれるということではありませんので

ご理解くださいますようお願い致します

上記のものは私が扶養している事に相違ありません

年 月 日

被保険者住所

氏名

印