

扶養関係現況書

記入例

さん。(国民健康保険は除く)

健康保険証の記号・番号

保 一郎

1. 離職

扶養対象者の氏名 健保 京子 (48 歳)

扶養追加者が複数いる場合は、1名につき1枚用意してください。

※中学生以下の「子」の対象者が複数の場合は、2人目以降は下記にお名前と年齢を列記するだけで結構です。

2人目以降の対象者の氏名(中学生以下)	健保 太朗 (13 歳)	(歳)
	(歳)	(歳)

- ・状況によって、証明書類を追加で提出していただくことがあります。
- ・マイナンバーによる情報照会により事実との相違が確認された場合、記載内容が相違していることが判明した場合は認定が取消しになることがありますのでご注意ください。

○今回被扶養者としてたい方について該当するものに☑を、回答欄には記入をお願いします。

1. 今回被扶養者としてたい理由

<input type="checkbox"/> 本人取得 (被保険者の入社)	<input checked="" type="checkbox"/> 離職	<input type="checkbox"/> 婚姻	<input type="checkbox"/> 同居開始	<input type="checkbox"/> 収入減少	<input type="checkbox"/> 扶養変更	<input checked="" type="checkbox"/> 自営業廃止
<input type="checkbox"/> 任意継続資格喪失	<input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 養子縁組	<input type="checkbox"/> 仕送り開始	<input type="checkbox"/> 雇用保険、出産等の給付・手当金終了		
<input type="checkbox"/> 被保険者の定年再雇用	⇒【以前の記号番号:		-	】		
<input type="checkbox"/> 関連会社転籍 (電機健保内)	⇒【以前の記号番号:		-	】		
<input type="checkbox"/> その他 (

2. 継続的に得られる「1ヶ月分(月額に換算してください)」の控除前の収入について、すべて回答してください。

アルバイトやパートなどの労働収入	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	金額 円/月(交通費を含めた控除前の金額)
各種年金	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 国民厚生 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 企業年金 <input type="checkbox"/> 個人年金 <input type="checkbox"/> その他 ()年金 合計金額 円/月
給付・手当金	受給しない <input type="checkbox"/> または <input type="checkbox"/> 受給して <input checked="" type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> 雇用保険(失業)給付 <input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> 育児休業給付金 金額 円/月
		<input checked="" type="checkbox"/> 受給予定 (R 5 年 8 月頃) <input type="checkbox"/> 受給終了した (R 年 月 日)
自営業の所得金額	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	金額 円 / 前年の年間所得(円)
受け取っている仕送り額	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	氏名() 左記の者から 金額 円/回 (年 回仕送り予定)
その他の継続的な収入	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不動産、家賃 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 株式配当金 <input type="checkbox"/> その他 () 金額 円/月

3. 被保険者と配偶者の収入状況などについて(夫婦共同扶養)

Q1. 夫婦共働きですか ⇒ はい (Q2へ) いいえ (質問終了です)

Q2. 「Q1」にて「はい」に☑された方は①～④を回答してください。

①現在、配偶者は他の健康保険に加入していますか。⇒ はい いいえ

②昨年の源泉徴収票の「支払金額」(自営業の方は昨年の確定申告の所得金額)

	被保険者	円 /	配偶者	円
③本年の年収の見込み金額	被保険者	円 /	配偶者	円

④配偶者は産前産後・育児休業を取得中、または取得予定ですか。⇒ はい いいえ

4. 事業所ご担当者様からの補記(何か補足事項があれば記入ください)

被保険者の配偶者は離職後、雇用保険(失業)給付を受給する予定です。
 給付金の受給が始まりましたら、速やかに削除の手続きをいたします。

扶養関係現況書

記入例

せん。(国民健康保険は除く)

健康保険証の記号・番号

2. 自営業の廃業

保 一郎

扶養対象者の氏名 健保 京子 (48 歳)

扶養追加者が複数いる場合は、1名につき1枚用意してください。

※中学生以下の「子」の対象者が複数の場合は、2人目以降は下記にお名前と年齢を列記するだけで結構です。

2人目以降の対象者の氏名(中学生以下)	(歳)	(歳)
	(歳)	(歳)

- ・状況によって、証明書類を追加で提出していただくことがあります。
- ・マイナンバーによる情報照会により事実との相違が確認された場合、記載内容が相違していることが判明した場合は認定が取消しになることがありますのでご注意ください。

○今回被扶養者としていたい方について該当するものに☑を、回答欄には記入をお願いします。

1. 今回被扶養者としていたい理由

<input type="checkbox"/> 本人取得(被保険者の入社)	<input type="checkbox"/> 退職	<input type="checkbox"/> 婚姻	<input type="checkbox"/> 同居開始	<input type="checkbox"/> 収入減少	<input type="checkbox"/> 扶養変更	<input checked="" type="checkbox"/> 自営業廃止
<input type="checkbox"/> 任意継続資格喪失	<input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 養子縁組	<input type="checkbox"/> 仕送り開始	<input type="checkbox"/> 雇用保険、出産等の給付・手当金終了		
<input type="checkbox"/> 被保険者の定年再雇用	⇒【以前の記号番号:		-	】		
<input type="checkbox"/> 関連会社転籍(電機健保内)	⇒【以前の記号番号:		-	】		
<input type="checkbox"/> その他()

2. 継続的に得られる「1ヶ月分(月額に換算してください)」の控除前の収入について、すべて回答してください。

アルバイトやパートなどの労働収入	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	金額 円/月(交通費を含めた控除前の金額)
各種年金	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 国民厚生 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 企業年金 <input type="checkbox"/> 個人年金 <input type="checkbox"/> その他()年金 合計金額 円/月
給付・手当金	受給しない <input checked="" type="checkbox"/> または 受給して いない <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 雇用保険(失業)給付 <input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> 育児休業給付金 金額 円/月 <input type="checkbox"/> 受給予定(R 年 月 頃) <input type="checkbox"/> 受給終了した(R 年 月 日)
自営業の所得金額	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	金額 円 / 前年の年間所得(円)
受け取っている仕送り額	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	氏名() 左記の者から 金額 円/回 (年 回仕送り予定)
その他の継続的な収入	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不動産、家賃 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 株式配当金 <input type="checkbox"/> その他() 金額 円/月

3. 被保険者と配偶者の収入状況などについて(夫婦共同扶養)

Q1. 夫婦共働きですか ⇒ <input type="checkbox"/> はい(Q2へ) <input checked="" type="checkbox"/> いいえ(質問終了です)
Q2. 「Q1」にて「はい」に☑された方は①～④を回答してください。
①現在、配偶者は他の健康保険に加入していますか。⇒ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
②昨年の源泉徴収票の「支払金額」(自営業の方は昨年の確定申告の所得金額)
被保険者 円 / 配偶者 円
③本年の年収の見込み金額
被保険者 円 / 配偶者 円
④配偶者は産前産後・育児休業を取得中、または取得予定ですか。⇒ <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ

4. 事業所ご担当者様からの補記(何か補足事項があれば記入ください)

被保険者の配偶者は廃業届を税務署に提出し、今後収入がなくなるとのことです。

扶養関係現況書

記入例

さん。(国民健康保険は除く)

健康保険証の記号・番号

3. 配偶者の離職による扶養変更

呆 一郎

扶養対象者の氏名 健保 太郎 (16 歳)

扶養追加者が複数いる場合は、1名につき1枚用意してください。

※中学生以下の「子」の対象者が複数の場合は、2人目以降は下記にお名前と年齢を列記するだけで結構です。

2人目以降の対象者の氏名(中学生以下)	健保 次郎 (12 歳)	(歳)
	(歳)	(歳)

- ・状況によって、証明書類を追加で提出していただくことがあります。
- ・マイナンバーによる情報照会により事実との相違が確認された場合、記載内容が相違していることが判明した場合は認定が取消しになることがありますのでご注意ください。

○今回被扶養者としていたい方について該当するものに☑を、回答欄には記入をお願いします。

1. 今回被扶養者としていたい理由

<input type="checkbox"/> 本人取得(被保険者の入社)	<input type="checkbox"/> 離職	<input type="checkbox"/> 婚姻	<input type="checkbox"/> 同居開始	<input type="checkbox"/> 収入減少	<input checked="" type="checkbox"/> 扶養変更	<input type="checkbox"/> 自営業廃止
<input type="checkbox"/> 任意継続資格喪失	<input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 養子縁組	<input type="checkbox"/> 仕送り開始	<input type="checkbox"/> 雇用保険、出産等の給付・手当金終了		
<input type="checkbox"/> 被保険者の定年再雇用	⇒【以前の記号番号:		-	】		
<input type="checkbox"/> 関連会社転籍(電機健保内)	⇒【以前の記号番号:		-	】		
<input type="checkbox"/> その他()

2. 継続的に得られる「1ヶ月分(月額に換算してください)」の控除前の収入について、すべて回答してください。

アルバイトやパートなどの労働収入	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	金額 円/月(交通費を含めた控除前の金額)
各種年金	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 国民厚生 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 企業年金 <input type="checkbox"/> 個人年金 <input type="checkbox"/> その他()年金 合計金額 円/月
給付・手当金	受給しない <input checked="" type="checkbox"/> または 受給して いない <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 雇用保険(失業)給付 <input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> 育児休業給付金 金額 円/月 <input type="checkbox"/> 受給予定(R 年 月 頃) <input type="checkbox"/> 受給終了した(R 年 月 日)
自営業の所得金額	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	金額 円 / 前年の年間所得(円)
受け取っている仕送り額	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	氏名() 左記の者から 金額 円/回 (年 回仕送り予定)
その他の継続的な収入	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不動産、家賃 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 株式配当金 <input type="checkbox"/> その他() 金額 円/月

3. 被保険者と配偶者の収入状況などについて(夫婦共同扶養)

Q1. 夫婦共働きですか ⇒ <input type="checkbox"/> はい(Q2へ) <input checked="" type="checkbox"/> いいえ(質問終了です)
Q2. 「Q1」にて「はい」に☑された方は①～④を回答してください。
①現在、配偶者は他の健康保険に加入していますか。⇒ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
②昨年の源泉徴収票の「支払金額」(自営業の方は昨年の確定申告の所得金額)
被保険者 円 / 配偶者 円
③本年の年収の見込み金額
被保険者 円 / 配偶者 円
④配偶者は産前産後・育児休業を取得中、または取得予定ですか。⇒ <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ

4. 事業所ご担当者様からの補記(何か補足事項があれば記入ください)

被保険者の配偶者は失業給付を受給予定のため、子のみ扶養申請いたします。

扶養関係現況書

記入例 4. 収入減少

さん。(国民健康保険は除く)

健康保険証の記号・番号

保 一郎

扶養対象者の氏名 健保 京子 (48 歳)

扶養追加者が複数いる場合は、1名につき1枚用意してください。

※中学生以下の「子」の対象者が複数の場合は、2人目以降は下記にお名前と年齢を列記するだけで結構です。

2人目以降の対象者の氏名(中学生以下)	(歳)	(歳)
	(歳)	(歳)

- ・状況によって、証明書類を追加で提出していただくことがあります。
- ・マイナンバーによる情報照会により事実との相違が確認された場合、記載内容が相違していることが判明した場合は認定が取消しになることがありますのでご注意ください。

○今回被扶養者としていたい方について該当するものに☑を、回答欄には記入をお願いします。

1. 今回被扶養者としていたい理由

<input type="checkbox"/> 本人取得(被保険者の入社)	<input type="checkbox"/> 退職	<input type="checkbox"/> 婚姻	<input checked="" type="checkbox"/> 同居開始	<input checked="" type="checkbox"/> 収入減少	<input type="checkbox"/> 扶養変更	<input type="checkbox"/> 自営業廃止
<input type="checkbox"/> 任意継続資格喪失	<input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 養子縁組	<input type="checkbox"/> 仕送り開始	<input type="checkbox"/> 雇用保険、出産等の給付・手当金終了		
<input type="checkbox"/> 被保険者の定年再雇用	⇒【以前の記号番号:		-	】		
<input type="checkbox"/> 関連会社転籍(電機健保内)	⇒【以前の記号番号:		-	】		
<input type="checkbox"/> その他()

2. 継続的に得られる「1ヶ月分(月額に換算してください)」の控除前の収入について、すべて回答してください。

アルバイトやパートなどの労働収入	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	金額 95,000 円/月(交通費を含めた控除前の金額)
各種年金	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 国民厚生 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 企業年金 <input type="checkbox"/> 個人年金 <input type="checkbox"/> その他()年金 合計金額 円/月
給付・手当金	受給しない <input checked="" type="checkbox"/> または 受給して いない <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 雇用保険(失業)給付 <input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> 育児休業給付金 金額 円/月 <input type="checkbox"/> 受給予定(R 年 月頃) <input type="checkbox"/> 受給終了した(R 年 月 日)
自営業の所得金額	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	金額 円 / 前年の年間所得(円)
受け取っている仕送り額	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	氏名() 左記の者から 金額 円/回 (年 回仕送り予定)
その他の継続的な収入	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不動産、家賃 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 株式配当金 <input type="checkbox"/> その他() 金額 円/月

3. 被保険者と配偶者の収入状況などについて(夫婦共同扶養)

Q1. 夫婦共働きですか ⇒ はい(Q2へ) いいえ(質問終了です)

Q2. 「Q1」にて「はい」に☑された方は①～④を回答してください。

①現在、配偶者は他の健康保険に加入していますか。⇒ はい いいえ

②昨年の源泉徴収票の「支払金額」(自営業の方は昨年の確定申告の所得金額)

被保険者	4,500,000	円 /	配偶者	1,450,000	円
被保険者	4,500,000	円 /	配偶者	1,140,000	円

③本年の年収の見込み金額

④配偶者は産前産後・育児休業を取得中、または取得予定ですか。⇒ はい いいえ

4. 事業所ご担当者様からの補記(何か補足事項があれば記入ください)

被保険者の配偶者は、4/1から雇用契約を変更し扶養の範囲の収入で働くことになったため扶養申請します。
配偶者は現在、国民健康保険に加入中です。

扶養関係現況書

記入例

(国民健康保険は除く)

健康保険証の記号・番号

5. 失業給付の受給終了

6. 出産手当金や傷病手当金の受給終了

一郎

扶養対象者の氏名 健保 京子 (48 歳)

扶養追加者が複数いる場合は、1名につき1枚用意してください。

※中学生以下の「子」の対象者が複数の場合は、2人目以降は下記にお名前と年齢を列記するだけで結構です。

2人目以降の対象者の氏名(中学生以下)	(歳)	(歳)
	(歳)	(歳)

- ・状況によって、証明書類を追加で提出していただくことがあります。
- ・マイナンバーによる情報照会により事実との相違が確認された場合、記載内容が相違していることが判明した場合は認定が取消しになることがありますのでご注意ください。

○今回被扶養者としていたい方について該当するものに☑を、回答欄には記入をお願いします。

1. 今回被扶養者としていたい理由

<input type="checkbox"/> 本人取得 (被保険者の入社)	<input type="checkbox"/> 退職	<input type="checkbox"/> 婚姻	<input type="checkbox"/> 同居開始	<input type="checkbox"/> 収入減少	<input type="checkbox"/> 扶養変更	<input type="checkbox"/> 自営業廃止
<input type="checkbox"/> 任意継続資格喪失	<input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 養子縁組	<input type="checkbox"/> 仕送り開始	<input checked="" type="checkbox"/> 雇用保険、出産等の給付・手当金終了		
<input type="checkbox"/> 被保険者の定年再雇用	⇒【以前の記号番号:		-	】		
<input type="checkbox"/> 関連会社転籍 (電機健保内)	⇒【以前の記号番号:		-	】		
<input type="checkbox"/> その他 ()

2. 継続的に得られる「1ヶ月分(月額に換算してください)」の控除前の収入について、すべて回答してください。

アルバイトやパートなどの労働収入	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	金額	円/月 (交通費を含めた控除前の金額)
各種年金	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 国民厚生 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 企業年金 <input type="checkbox"/> 個人年金 <input type="checkbox"/> その他 ()年金	合計金額 円/月
給付・手当金	受給しない <input type="checkbox"/> または 受給して <input checked="" type="checkbox"/> あり いない	<input type="checkbox"/> 雇用保険 (失業) 給付 <input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> 育児休業給付金	金額 円/月
自営業の所得金額	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 受給予定 (R 年 月 頃) <input checked="" type="checkbox"/> 受給終了した (R 5 年 6 月 21 日)	
受け取っている仕送り額	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	金額	円 / 前年の年間所得 (円)
その他の継続的な収入	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	氏名 () 左記の者から 金額 円/回 (年 回仕送り予定)	
		<input type="checkbox"/> 不動産、家賃 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 株式配当金 <input type="checkbox"/> その他 ()	金額 円/月

3. 被保険者と配偶者の収入状況などについて(夫婦共同扶養)

Q1. 夫婦共働きですか ⇒ <input type="checkbox"/> はい (Q2へ) <input checked="" type="checkbox"/> いいえ (質問終了です)
Q2. 「Q1」にて「はい」に☑された方は①～④を回答してください。
①現在、配偶者は他の健康保険に加入していますか。⇒ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
②昨年の源泉徴収票の「支払金額」(自営業の方は昨年の確定申告の所得金額)
被保険者 円 / 配偶者 円
③本年の年収の見込み金額
被保険者 円 / 配偶者 円
④配偶者は産前産後・育児休業を取得中、または取得予定ですか。⇒ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

4. 事業所ご担当者様からの補記(何か補足事項があれば記入ください)

被保険者の配偶者は、6/21で失業給付の受給が終了したので扶養申請をしたいとのことでした。
配偶者は現在、国民健康保険に加入中です。

扶養関係現況書

記入例 7.婚姻

ん。(国民健康保険は除く)

健康保険証の記号・番号 30 一郎

扶養対象者の氏名 **健保 京子** (29 歳)

扶養追加者が複数いる場合は、1名につき1枚用意してください。

※中学生以下の「子」の対象者が複数の場合は、2人目以降は下記にお名前と年齢を列記するだけで結構です。

2人目以降の対象者の氏名(中学生以下)	健保 太郎 (3 歳)	(歳)
	(歳)	(歳)

- ・状況によって、証明書類を追加で提出していただくことがあります。
- ・マイナンバーによる情報照会により事実との相違が確認された場合、記載内容が相違していることが判明した場合は認定が取消しになることがありますのでご注意ください。

○今回被扶養者としていたい方について該当するものに☑を、回答欄には記入をお願いします。

1.今回被扶養者としていたい理由

<input type="checkbox"/> 本人取得(被保険者の入社)	<input type="checkbox"/> 退職	<input checked="" type="checkbox"/> 婚姻	<input type="checkbox"/> 同居開始	<input type="checkbox"/> 収入減少	<input type="checkbox"/> 扶養変更	<input type="checkbox"/> 自営業廃止
<input type="checkbox"/> 任意継続資格喪失	<input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 養子縁組	<input type="checkbox"/> 仕送り開始	<input type="checkbox"/> 雇用保険、出産等の給付・手当金終了		
<input type="checkbox"/> 被保険者の定年再雇用	⇒【以前の記号番号: - 】					
<input type="checkbox"/> 関連会社転籍(電機健保内)	⇒【以前の記号番号: - 】					
<input type="checkbox"/> その他 ()						

2.継続的に得られる「1ヶ月分(月額に換算してください)」の控除前の収入について、すべて回答してください。

アルバイトやパートなどの労働収入	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	金額 円/月(交通費を含めた控除前の金額)
各種年金	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 国民厚生 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 企業年金 <input type="checkbox"/> 個人年金 <input type="checkbox"/> その他 ()年金 合計金額 円/月
給付・手当金	受給しない <input checked="" type="checkbox"/> または 受給して <input type="checkbox"/> あり いない	<input type="checkbox"/> 雇用保険(失業)給付 <input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> 育児休業給付金 金額 円/月 <input type="checkbox"/> 受給予定 (R 年 月 頃) <input type="checkbox"/> 受給終了した (R 年 月 日)
自営業の所得金額	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	金額 円 / 前年の年間所得(円)
受け取っている仕送り額	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	氏名() 左記の者から 金額 円/回 (年 回 仕送り予定)
その他の継続的な収入	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不動産、家賃 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 株式配当金 <input type="checkbox"/> その他 () 金額 円/月

3.被保険者と配偶者の収入状況などについて(夫婦共同扶養)

Q1. 夫婦共働きですか ⇒ <input type="checkbox"/> はい (Q2へ) <input checked="" type="checkbox"/> いいえ (質問終了です)
Q2. 「Q1」にて「はい」に☑された方は①～④を回答してください。
①現在、配偶者は他の健康保険に加入していますか。⇒ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
②昨年の源泉徴収票の「支払金額」(自営業の方は昨年の確定申告の所得金額)
被保険者 円 / 配偶者 円
③本年の年収の見込み金額 被保険者 円 / 配偶者 円
④配偶者は産前産後・育児休業を取得中、または取得予定ですか。⇒ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

4.事業所ご担当者様からの補記(何か補足事項があれば記入ください)

配偶者の連れ子も一緒に扶養に入れたく、申請をしたとのことです。

扶養関係現況書

記入例

ん。(国民健康保険は除く)

健康保険証の記号・番号

3

8.離婚による扶養変更

保 一郎

扶養対象者の氏名

健保 太郎 (14 歳)

扶養追加者が複数いる場合は、1名につき1枚用意してください。

※中学生以下の「子」の対象者が複数の場合は、2人目以降は下記にお名前と年齢を列記するだけで結構です。

2人目以降の対象者の氏名(中学生以下)	健保 次郎 (10 歳)	(歳)
	(歳)	(歳)

- ・状況によって、証明書類を追加で提出していただくことがあります。
- ・マイナンバーによる情報照会により事実との相違が確認された場合、記載内容が相違していることが判明した場合は認定が取消しになることがありますのでご注意ください。

○今回被扶養者としていたい方について該当するものに☑を、回答欄には記入をお願いします。

1.今回被扶養者としていたい理由

<input type="checkbox"/> 本人取得(被保険者の入社)	<input type="checkbox"/> 退職	<input type="checkbox"/> 婚姻	<input type="checkbox"/> 同居開始	<input type="checkbox"/> 収入減少	<input checked="" type="checkbox"/> 扶養変更	<input type="checkbox"/> 自営業廃止
<input type="checkbox"/> 任意継続資格喪失	<input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 養子縁組	<input type="checkbox"/> 仕送り開始	<input type="checkbox"/> 雇用保険、出産等の給付・手当金終了		
<input type="checkbox"/> 被保険者の定年再雇用	⇒【以前の記号番号:		-	】		
<input type="checkbox"/> 関連会社転籍(電機健保内)	⇒【以前の記号番号:		-	】		
<input type="checkbox"/> その他()

2.継続的に得られる「1ヶ月分(月額に換算してください)」の控除前の収入について、すべて回答してください。

アルバイトやパートなどの労働収入	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	金額	円/月(交通費を含めた控除前の金額)
各種年金	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 国民厚生 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 企業年金 <input type="checkbox"/> 個人年金 <input type="checkbox"/> その他()年金	合計金額 円/月
給付・手当金	受給しない <input checked="" type="checkbox"/> または 受給して <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> 雇用保険(失業)給付 <input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> 育児休業給付金	金額 円/月
自営業の所得金額	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 受給予定(R 年 月 頃) <input type="checkbox"/> 受給終了した(R 年 月 日)	金額 円 / 前年の年間所得(円)
受け取っている仕送り額	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	氏名()	左記の者から 金額 円/回 (年 回仕送り予定)
その他の継続的な収入	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不動産、家賃 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 株式配当金 <input type="checkbox"/> その他()	金額 円/月

3.被保険者と配偶者の収入状況などについて(夫婦共同扶養)

Q1. 夫婦共働きですか ⇒ <input type="checkbox"/> はい(Q2へ) <input checked="" type="checkbox"/> いいえ(質問終了です)
Q2. 「Q1」にて「はい」に☑された方は①～④を回答してください。
①現在、配偶者は他の健康保険に加入していますか。⇒ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
②昨年の源泉徴収票の「支払金額」(自営業の方は昨年の確定申告の所得金額)
被保険者 円 / 配偶者 円
③本年の年収の見込み金額
被保険者 円 / 配偶者 円
④配偶者は産前産後・育児休業を取得中、または取得予定ですか。⇒ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

4.事業所ご担当者様からの補記(何か補足事項があれば記入ください)

被保険者が離婚したため、元配偶者の扶養に入れていた子二人を被保険者の扶養にしたいとのこと。

扶養関係現況書

記入例

9.養子縁組

さん。(国民健康保険は除く)

健康保険証の記号・番号

保 一郎

扶養対象者の氏名 健保 太郎 (14 歳)

扶養追加者が複数いる場合は、1名につき1枚用意してください。

※中学生以下の「子」の対象者が複数の場合は、2人目以降は下記にお名前と年齢を列記するだけで結構です。

2人目以降の対象者の氏名(中学生以下)	(歳)	(歳)
	(歳)	(歳)

- ・状況によって、証明書類を追加で提出していただくことがあります。
- ・マイナンバーによる情報照会により事実との相違が確認された場合、記載内容が相違していることが判明した場合は認定が取消しになることがありますのでご注意ください。

○今回被扶養者としていたい方について該当するものに☑を、回答欄には記入をお願いします。

1.今回被扶養者としていたい理由

<input type="checkbox"/> 本人取得(被保険者の入社)	<input type="checkbox"/> 退職	<input type="checkbox"/> 婚姻	<input type="checkbox"/> 同居開始	<input type="checkbox"/> 収入減少	<input type="checkbox"/> 扶養変更	<input type="checkbox"/> 自営業廃止
<input type="checkbox"/> 任意継続資格喪失	<input type="checkbox"/> 出生	<input checked="" type="checkbox"/> 養子縁組	<input type="checkbox"/> 仕送り開始	<input type="checkbox"/> 雇用保険、出産等の給付・手当金終了		
<input type="checkbox"/> 被保険者の定年再雇用	⇒【以前の記号番号:		-	】		
<input type="checkbox"/> 関連会社転籍(電機健保内)	⇒【以前の記号番号:		-	】		
<input type="checkbox"/> その他()

2.継続的に得られる「1ヶ月分(月額に換算してください)」の控除前の収入について、すべて回答してください。

アルバイトやパートなどの労働収入	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	金額 円/月(交通費を含めた控除前の金額)
各種年金	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 国民厚生 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 企業年金 <input type="checkbox"/> 個人年金 <input type="checkbox"/> その他()年金 合計金額 円/月
給付・手当金	受給しない <input checked="" type="checkbox"/> または 受給して いない <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 雇用保険(失業)給付 <input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> 育児休業給付金 金額 円/月 <input type="checkbox"/> 受給予定(R 年 月頃) <input type="checkbox"/> 受給終了した(R 年 月 日)
自営業の所得金額	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	金額 円 / 前年の年間所得(円)
受け取っている仕送り額	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	氏名() 左記の者から 金額 円/回 (年 回仕送り予定)
その他の継続的な収入	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不動産、家賃 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 株式配当金 <input type="checkbox"/> その他() 金額 円/月

3.被保険者と配偶者の収入状況などについて(夫婦共同扶養)

Q1. 夫婦共働きですか ⇒ <input checked="" type="checkbox"/> はい(Q2へ) <input type="checkbox"/> いいえ(質問終了です)
Q2. 「Q1」にて「はい」に☑された方は①～④を回答してください。
①現在、配偶者は他の健康保険に加入していますか。⇒ <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
②昨年の源泉徴収票の「支払金額」(自営業の方は昨年の確定申告の所得金額)
被保険者 4,500,000 円 / 配偶者 3,600,000 円
③本年の年収の見込み金額
被保険者 4,500,000 円 / 配偶者 3,600,000 円
④配偶者は産前産後・育児休業を取得中、または取得予定ですか。⇒ <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ

4.事業所ご担当者様からの補記(何か補足事項があれば記入ください)

養子縁組をした子を扶養したく申請いたします。

扶養関係現況書

記入例 10.同居開始

ん。(国民健康保険は除く)

健康保険証の記号・番号

3

保 一郎

扶養対象者の氏名

健保 京子 (65 歳)

扶養追加者が複数いる場合は、1名につき1枚用意してください。

※中学生以下の「子」の対象者が複数の場合は、2人目以降は下記にお名前と年齢を列記するだけで結構です。

2人目以降の対象者の氏名(中学生以下)	(歳)	(歳)
	(歳)	(歳)

- ・状況によって、証明書類を追加で提出していただくことがあります。
- ・マイナンバーによる情報照会により事実との相違が確認された場合、記載内容が相違していることが判明した場合は認定が取消しになることがありますのでご注意ください。

○今回被扶養者としていたい方について該当するものに☑を、回答欄には記入をお願いします。

1.今回被扶養者としていたい理由

<input type="checkbox"/> 本人取得(被保険者の入社)	<input type="checkbox"/> 退職	<input type="checkbox"/> 婚姻	<input checked="" type="checkbox"/> 同居開始	<input type="checkbox"/> 収入減少	<input type="checkbox"/> 扶養変更	<input type="checkbox"/> 自営業廃止
<input type="checkbox"/> 任意継続資格喪失	<input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 養子縁組	<input type="checkbox"/> 仕送り開始	<input type="checkbox"/> 雇用保険、出産等の給付・手当金終了		
<input type="checkbox"/> 被保険者の定年再雇用	⇒【以前の記号番号:		-	】		
<input type="checkbox"/> 関連会社転籍(電機健保内)	⇒【以前の記号番号:		-	】		
<input type="checkbox"/> その他()

2.継続的に得られる「1ヶ月分(月額に換算してください)」の控除前の収入について、すべて回答してください。

アルバイトやパートなどの労働収入	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	金額	円/月(交通費を含めた控除前の金額)
各種年金	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> 国民厚生 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 企業年金 <input type="checkbox"/> 個人年金 <input type="checkbox"/> その他()年金	合計金額 98,000 円/月
給付・手当金	受給しない <input checked="" type="checkbox"/> または 受給して <input type="checkbox"/> あり いない	<input type="checkbox"/> 雇用保険(失業)給付 <input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> 育児休業給付金	金額 円/月
自営業の所得金額	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 受給予定(R 年 月 頃) <input type="checkbox"/> 受給終了した(R 年 月 日)	金額 円 / 前年の年間所得(円)
受け取っている仕送り額	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	氏名()	左記の者から 金額 円/回 (年 回仕送り予定)
その他の継続的な収入	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不動産、家賃 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 株式配当金 <input type="checkbox"/> その他()	金額 円/月

3.被保険者と配偶者の収入状況などについて(夫婦共同扶養)

Q1. 夫婦共働きですか ⇒ <input checked="" type="checkbox"/> はい(Q2へ) <input type="checkbox"/> いいえ(質問終了です)
Q2. 「Q1」にて「はい」に☑された方は①~④を回答してください。
①現在、配偶者は他の健康保険に加入していますか。⇒ <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
②昨年の源泉徴収票の「支払金額」(自営業の方は昨年の確定申告の所得金額)
被保険者 4,500,000 円 / 配偶者 3,600,000 円
③本年の年収の見込み金額
被保険者 4,500,000 円 / 配偶者 3,600,000 円
④配偶者は産前産後・育児休業を取得中、または取得予定ですか。⇒ <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ

4.事業所ご担当者様からの補記(何か補足事項があれば記入ください)

被保険者の別居していた母が同居を開始したため、扶養申請します。

お母さまは現在、年金の収入があり国民健康保険に加入中とのことでした。

扶養関係現況書

記入例

ん。(国民健康保険は除く)

健康保険証の記号・番号

30

11.任意継続を資格喪失

一郎

扶養対象者の氏名

健保 太郎 (26 歳)

扶養追加者が複数いる場合は、1名につき1枚用意してください。

※中学生以下の「子」の対象者が複数の場合は、2人目以降は下記にお名前と年齢を列記するだけで結構です。

2人目以降の対象者の氏名(中学生以下)	(歳)	(歳)
	(歳)	(歳)

- ・状況によって、証明書類を追加で提出していただくことがあります。
- ・マイナンバーによる情報照会により事実との相違が確認された場合、記載内容が相違していることが判明した場合は認定が取消しになることがありますのでご注意ください。

○今回被扶養者としていたい方について該当するものに☑を、回答欄には記入をお願いします。

1.今回被扶養者としていたい理由

<input type="checkbox"/> 本人取得(被保険者の入社)	<input type="checkbox"/> 退職	<input type="checkbox"/> 婚姻	<input type="checkbox"/> 同居開始	<input type="checkbox"/> 収入減少	<input type="checkbox"/> 扶養変更	<input type="checkbox"/> 自営業廃止
<input checked="" type="checkbox"/> 任意継続資格喪失	<input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 養子縁組	<input type="checkbox"/> 仕送り開始	<input type="checkbox"/> 雇用保険、出産等の給付・手当金終了		
<input type="checkbox"/> 被保険者の定年再雇用	⇒【以前の記号番号:		-	】		
<input type="checkbox"/> 関連会社転籍(電機健保内)	⇒【以前の記号番号:		-	】		
<input type="checkbox"/> その他()

2.継続的に得られる「1ヶ月分(月額に換算してください)」の控除前の収入について、すべて回答してください。

アルバイトやパートなどの労働収入	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	金額	円/月(交通費を含めた控除前の金額)
各種年金	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 国民厚生 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 企業年金 <input type="checkbox"/> 個人年金 <input type="checkbox"/> その他()年金	合計金額 円/月
給付・手当金	受給しない <input type="checkbox"/> または <input type="checkbox"/> 受給して <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> 雇用保険(失業)給付 <input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> 育児休業給付金	金額 円/月
自営業の所得金額	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 受給予定(R 年 月頃) <input checked="" type="checkbox"/> 受給終了した(R 5 年 6 月 21 日)	円 / 前年の年間所得(円)
受け取っている仕送り額	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	氏名()	左記の者から 金額 円/回 (年 回仕送り予定)
その他の継続的な収入	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不動産、家賃 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 株式配当金 <input type="checkbox"/> その他()	金額 円/月

3.被保険者と配偶者の収入状況などについて(夫婦共同扶養)

Q1. 夫婦共働きですか ⇒ <input checked="" type="checkbox"/> はい(Q2へ) <input type="checkbox"/> いいえ(質問終了です)
Q2. 「Q1」にて「はい」に☑された方は①～④を回答してください。
①現在、配偶者は他の健康保険に加入していますか。⇒ <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
②昨年の源泉徴収票の「支払金額」(自営業の方は昨年の確定申告の所得金額)
被保険者 4,500,000 円 / 配偶者 3,600,000 円
③本年の年収の見込み金額
被保険者 4,500,000 円 / 配偶者 3,600,000 円
④配偶者は産前産後・育児休業を取得中、または取得予定ですか。⇒ <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ

4.事業所ご担当者様からの補記(何か補足事項があれば記入ください)

被保険者の子が6月末で任意継続の喪失申し出をしたとのことで申請します。

子は失業給付の受給も6/21で終えており、現在の収入はないとのことです。

扶養関係現況書

記入例
12.出生

さん。(国民健康保険は除く)

健康保険証の記号・番号

保 一郎

扶養対象者の氏名 健保 太郎 (0 歳)

扶養追加者が複数いる場合は、1名につき1枚用意してください。

※中学生以下の「子」の対象者が複数の場合は、2人目以降は下記にお名前と年齢を列記するだけで結構です。

2人目以降の対象者の氏名(中学生以下)	(歳)	(歳)
	(歳)	(歳)

- ・状況によって、証明書類を追加で提出していただくことがあります。
- ・マイナンバーによる情報照会により事実との相違が確認された場合、記載内容が相違していることが判明した場合は認定が取消しになることがありますのでご注意ください。

○今回被扶養者としていたい方について該当するものに☑を、回答欄には記入をお願いします。

1. 今回被扶養者としていたい理由

<input type="checkbox"/> 本人取得(被保険者の入社)	<input type="checkbox"/> 退職	<input type="checkbox"/> 婚姻	<input type="checkbox"/> 同居開始	<input type="checkbox"/> 収入減少	<input type="checkbox"/> 扶養変更	<input type="checkbox"/> 自営業廃止
<input type="checkbox"/> 任意継続資格喪失	<input checked="" type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 養子縁組	<input type="checkbox"/> 仕送り開始	<input type="checkbox"/> 雇用保険、出産等の給付・手当金終了		
<input type="checkbox"/> 被保険者の定年再雇用	⇒【以前の記号番号:		-	】		
<input type="checkbox"/> 関連会社転籍(電機健保内)	⇒【以前の記号番号:		-	】		
<input type="checkbox"/> その他()

2. 継続的に得られる「1ヶ月分(月額に換算してください)」の控除前の収入について、すべて回答してください。

アルバイトやパートなどの労働収入	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	金額 円/月(交通費を含めた控除前の金額)
各種年金	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 国民厚生 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 企業年金 <input type="checkbox"/> 個人年金 <input type="checkbox"/> その他()年金 合計金額 円/月
給付・手当金	受給しない <input checked="" type="checkbox"/> または 受給して いない <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 雇用保険(失業)給付 <input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> 育児休業給付金 金額 円/月 <input type="checkbox"/> 受給予定(R 年 月 頃) <input type="checkbox"/> 受給終了した(R 年 月 日)
自営業の所得金額	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	金額 円 / 前年の年間所得(円)
受け取っている仕送り額	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	氏名() 左記の者から 金額 円/回 (年 回仕送り予定)
その他の継続的な収入	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不動産、家賃 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 株式配当金 <input type="checkbox"/> その他() 金額 円/月

3. 被保険者と配偶者の収入状況などについて(夫婦共同扶養)

Q1. 夫婦共働きですか ⇒ はい(Q2へ) いいえ(質問終了です)

Q2. 「Q1」にて「はい」に☑された方は①～④を回答してください。

①現在、配偶者は他の健康保険に加入していますか。⇒ はい いいえ

②昨年度の源泉徴収票の「支払金額」(自営業の方は昨年度の確定申告の所得金額)

被保険者	3,500,000	円 /	配偶者	4,500,000	円
被保険者	3,750,000	円 /	配偶者	0	円

③本年の年収の見込み金額

④配偶者は産前産後・育児休業を取得中、または取得予定ですか。⇒ はい いいえ

4. 事業所ご担当者様からの補記(何か補足事項があれば記入ください)

昨年度は配偶者の方が収入が高いですが配偶者は現在、産後休業中でその後、育児休業に入ると報告を受けています。休業明けも時短勤務にする意向とのことなので被保険者の扶養といたたく申請いたします。