

被扶養者認定対象者状況届

認定対象者の氏名	年齢	続柄	配偶者の有無 (対象者が妻・夫以外の時に記入)		
	歳		<input type="checkbox"/> 有 → 対象者と <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 無 → <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別		
1. 対象者を申請した理由(なぜ対象者の生活の面倒を見るようになったのか)を詳しく記入					
2. 扶養に入れてから今後一年間の対象者の収入 ※課税・非課税関係なく、該当するもの全てご記入ください。					
収入の種類			年額		
給与	※パート・アルバイト含む ※収入は、税控除前の総支給額(賞与・通勤費・各種手当含む)です。		円		
年金	<input type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 企業年金 <input type="checkbox"/> その他()		円		
事業	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 不動産(家賃・地代等) <input type="checkbox"/> 利子配当 <input type="checkbox"/> その他()		円		
その他	<input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> 労災保険の休業補償 <input type="checkbox"/> 生活保護		円		
対象者の年間収入金額の合計額			円		
3. 対象者が申請直前に加入していた健康保険について					
<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 共済組合等 <input type="checkbox"/> 勤務先の健保組合					
<input type="checkbox"/> 家族の被扶養者(続柄) <input type="checkbox"/> 無保険(年 月 日から)					
4. 雇用保険(失業給付)について ※対象者が二年以内に退職されている場合のみ記入してください。					
<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 受給申請中(予定) <input type="checkbox"/> 受給期間延長申請中(予定)					
<input type="checkbox"/> 受給終了 <input type="checkbox"/> 申請不可(雇用保険未加入) <input type="checkbox"/> 申請不可(就労期間不足)					
<input type="checkbox"/> 申請しない(受給権放棄)					
5. 対象者との生計維持関係について ※別居の場合は、別途「生活費申告書」の提出が必要です。					
ア. 被保険者と対象者が同居		イ. 被保険者と対象者が別居			
被保険者世帯の1ヵ月の生活費	円	被保険者世帯の1ヵ月の生活費	円		
被保険者の負担額	円	対象者世帯の1ヵ月の生活費	円		
対象者の負担額	円	被保険者の1ヵ月の送金額	円		
その他の方の負担額	円	被保険者以外の方の送金額	円		
6. 対象者の親族状況について					
※対象者を扶養する義務のある方(優先扶養義務者)について、同居・別居に係らず、全ての方をご記入ください。					
※対象者から見た続柄と世帯別を記入してください。					
氏名	年齢	続柄	年収	世帯別	住所
			千円	同・別	
			千円	同・別	
			千円	同・別	
住友ファーマ健康保険組合理事長 殿					
上記の通り、相違ありません。					
本書記載の内容が事実と相違していた場合、認定日に遡って認定を取り消しされることはもちろんのこと、医療費や給付費等を返納いたします。					
提出日 令和 年 月 日					
被保険者証 記号・番号 —					
被保険者氏名 _____					

事業主確認	
<input type="checkbox"/>	この届出については、下記の2点を確認しています。 1. 申請者本人(被保険者)が作成していること。 2. 記載内容に誤りがないか申請者本人が確認していること。