

扶養状況申告書

※扶養対象者1名につき、1枚提出してください。(16歳未満は不要です)

被保険者			扶養対象者		性別	続柄	生年月日	年齢
記号	1000	番号	氏名	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日 歳
氏名							年 月 日	

↑(例)妻・夫・長男・長女・実父・義母・兄弟など

以下、全項目の該当箇所への☑(チェック)と記入箇所へのご記入をお願いします。

①	“扶養状況申告書”の提出対象年齢について <提出対象年齢は16歳以上の方です>			
	扶養対象者は何歳ですか？ <input type="checkbox"/> 16歳以上 <input type="checkbox"/> 16歳未満 → ㊟“扶養状況申告書”の提出は不要です。			
②	生活維持関係について			
	被保険者は扶養対象者の生活費を負担していますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ → ㊟扶養要件を満たしていないため、扶養加入ができません。			
③	扶養対象者の“続柄”が配偶者(妻・夫)以外の方について <扶養対象者の続柄が“配偶者(妻・夫)”の方は記入不要 → ①へ>			
	扶養対象者に配偶者はいらっしゃいますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(Q1へ) (Q1) 配偶者に収入はございますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ 添付書類⑪ ※配偶者分			
④	雇用保険(失業手当)について			
	<input type="checkbox"/> 1. 受給資格なし		添付書類③	
	理由 <input type="checkbox"/> 加入期間1年未満 <input type="checkbox"/> 以前より無職 <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> その他【理由: _____】			
	<input type="checkbox"/> 2. 受給中または受給終了 【受給期間: _____年 月 日 ~ _____年 月 日】		添付書類⑨⑩	
	<input type="checkbox"/> 3. 受給資格はあるが、受給しない			
	理由 <input type="checkbox"/> 現在収入がある <input type="checkbox"/> 自身で就職先を探す <input type="checkbox"/> 今後は就職希望なし <input type="checkbox"/> その他【理由: _____】			
	<input type="checkbox"/> 4. 受給期間を延長した(予定) ㊟添付書類の提出は後日でも構いません。入手次第(余白に記号・番号を記入)ご提出ください。		添付書類⑩	
	理由	<input type="checkbox"/> 4-1. 傷病のため ※傷病手当金について <input type="checkbox"/> 受給しない <input type="checkbox"/> 受給終了(予定)【□終了日(□予定日): _____年 月 日】 <input type="checkbox"/> 受給中(予定) → ㊟扶養要件を満たしていないため、扶養加入できません。受給終了後にお手続きを行ってください。		添付書類⑫
		<input type="checkbox"/> 4-2. 育児のため <input type="checkbox"/> 4-3. 出産のため【出産予定日: _____年 月 日】 ※出産手当金について <input type="checkbox"/> 受給しない <input type="checkbox"/> 受給終了(予定)【□終了日(□予定日): _____年 月 日】 <input type="checkbox"/> 受給中(予定) → ㊟扶養要件を満たしていないため、扶養加入できません。受給終了後にお手続きを行ってください。		添付書類⑫
	理由	<input type="checkbox"/> 4-4. その他【理由: _____】		
△重要△ 雇用保険(失業給付)を受給認定時、必ず給付日額を確認下さい。受給期間中、扶養要件を満たさない可能性があります。その場合は、速やかに扶養から外れる手続きを行って下さい。				
⑤	扶養対象者が1か月以内に加入していた健康保険について			
	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者(従業員)の扶養 <input type="checkbox"/> 2. 国民健康保険【 _____】市区町村 <input type="checkbox"/> 3. 無保険 <input type="checkbox"/> 4. 他の家族の扶養【扶養対象者からみた家族との続柄: _____】(例) 実父・実母・兄弟・姉妹 など <input type="checkbox"/> 5. 勤務先で加入していた【 _____】健康保険組合 <input type="checkbox"/> 6. 任意継続被保険者		添付書類 いずれか一つ ⑦・⑧	
⑥	扶養対象者の今後の収入状況について ㊟申請日以降1年間の収入見込額を記入する			
	★ ①～⑥の該当される項目の全てをご記入ください。		添付書類	
	無収入	① 扶養加入日以降は無収入(0円)である ㊟現時点で勤務先が決定している方は③～⑥へ記入 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		⑬
		② 年金(国民年金・厚生年金・遺族年金・障害年金・恩給・その他) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 年額[_____]円		②(③)
	収入あり	“年金なし”を選択された60歳以上の方にお伺いします。 Q) 扶養加入日以降、1年以内に年金を受給する(予定)はありますか？ <input type="checkbox"/> なし【 _____歳から受給予定】 <input type="checkbox"/> あり ← ②へ受給予定年額を記入		
		③ 給与・賃金等(パート・アルバイト) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 年額[_____]円		①
		④ 自営業収入(農業・商業・魚業・販売・その他) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 年額[_____]円		④
		⑤ 配当利子・家賃・資産・不動産等の収入 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 年額[_____]円		⑤
		⑥ その他の収入全て【具体的に _____】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 年額[_____]円		⑥
		②+③+④+⑤+⑥= 年額[_____]円		

* 添付書類一覧 全てコピー可	① 給与明細(直近3ヵ月) ※勤務3ヵ月以内や収入減少『雇用契約書(賃金内容)』もしくは『収入見込証明書(今後1年間)』
	② 年金(振込通知書・改定通知) ③ 恩給証明書 ④ 自営業(確定申告 第1・2表、収支内訳表)
	⑤ 配当利子・家賃・資産・不動産(確定申告 第1・2表と収支内訳表) ※共同所有等はその内訳証明
	⑥ 各種収入証明(①②③④⑤以外の収入) ⑦ 資格喪失証明書 ⑧ 退職証明(源泉徴収票・離職票など)
	⑨ 雇用保険受給資格者証(両面) ⑩ 受給終了の印字あり ⑪ 雇保 受給期間延長通知書 ⑫ 直近3ヵ月の収入証明
	⑬ 受給終了がわかる書類 ⑭ 非課税証明書 ※非課税証明書の給与欄に金額表記がある方は余白に退職年月日を記入

JMA健康保険組合 理事長 殿

この度、被扶養者申請のために申告した内容は上記とおりで相違ありません。また、上記の申告内容について、以下の事由(※)により変更が生じたため認定要件から外れる場合には健保扶養から外す手続き速やかに行ないます。

(※)『就職した』『収入超過』『生活費を負担しなくなった』『続柄変更』『同居⇄別居』『雇用保険(他給付金)の受給』など

◆健保扶養から外す届出の際には指定された必要書類を添付します。また、削除日についてJMA健保の判断に従います。

◆認定要件外となられた日以降の医療費・給付金・健診補助金等はJMA健保からの返還請求に従い、必ず返金いたします。

以上、私は上記すべてについて誓約いたします。

誓約日(記入日): _____年 _____月 _____日 被保険者氏名: _____ ㊟

扶養状況申告書

※扶養対象者1名につき、1枚提出してください。(16歳未満は不要です)

被保険者			扶養対象者		性別	続柄	生年月日	年齢			
記号	1000	番号	123456		氏名	フリガナ	ケンボ サブロウ	性別	続柄	生年月日	年齢
氏名	健保 一郎		健保 三郎			☑ 男 ☐ 女	長男				

↑(例)妻・夫・長男・長女・実父・義母・兄弟など

以下、全項目の該当箇所への☑(チェック)と記入箇所へのご記入をお願いします。

①	“扶養状況申告書”の提出対象年齢について <提出対象年齢は16歳以上の方です> 扶養対象者は何歳ですか? ☐ 16歳以上 ☐ 16歳未満 → ③“扶養状況申告書”の提出は不要です。	
②	生活維持関係について 被保険者は扶養対象者の生活費を負担していますか? ☐ はい ☐ いいえ → ③ 扶養要件を満たしていないため、扶養加入ができません。	
③	扶養対象者の“続柄”が配偶者(妻・夫)以外の方について <扶養対象者の続柄が“配偶者(妻・夫)”の方は記入不要 → ①へ> 扶養対象者に配偶者はいらっしゃいますか? ☐ いいえ ☐ はい(Q1へ) (Q1) 配偶者に収入はございますか? ☐ いいえ ☐ はい ⇒ 添付書類① ※配偶者分	
④	雇用保険(失業手当)について ☐ 1. 受給資格なし 理由 ☐ 加入期間1年未満 ☐ 以前より無職 ☐ 未加入 ☐ その他【理由: _____】	添付書類③ 添付書類⑨⑩ 添付書類⑩ 添付書類⑫ 添付書類⑫
	☐ 2. 受給中または受給終了 【受給期間: 年 月 日 ~ 年 月 日】 ☐ 3. 受給資格はあるが、受給しない 理由 ☐ 現在収入がある ☐ 自身で就職先を探す ☐ 今後は就職希望なし ☐ その他【理由: _____】	
	☐ 4. 受給期間を延長した(予定) ⑩添付書類の提出は後日でも構いません。入手次第(余白に記号・番号を記入)ご提出ください。	
	理由 ☐ 4-1. 傷病のため ※傷病手当金について ☐ 受給しない ☐ 受給終了(予定)【☐ 終了日(☐ 予定日): 年 月 日】 ☐ 受給中(予定) → ③ 扶養要件を満たしていないため、扶養加入できません。受給終了後にお手続きを行ってください。	
理由 ☐ 4-2. 育児のため ☐ 4-3. 出産のため【出産予定日: 年 月 日】 ※出産手当金について ☐ 受給しない ☐ 受給終了(予定)【☐ 終了日(☐ 予定日): 年 月 日】 ☐ 受給中(予定) → ③ 扶養要件を満たしていないため、扶養加入できません。受給終了後にお手続きを行ってください。		
理由 ☐ 4-4. その他【理由: _____】		
△重要△ 雇用保険(失業給付)を受給認定時、必ず給付日額を確認下さい。受給期間中、扶養要件を満たさない可能性があります。その場合は、速やかに扶養から外れる手続きを行って下さい。		
⑤	扶養対象者が1か月以内に加入していた健康保険について ☐ 1. 被保険者(従業員)の扶養 ☐ 2. 国民健康保険【 _____ 】市区町村 ☐ 3. 無保険 ☐ 4. 他の家族の扶養【扶養対象者からみた家族との続柄: _____】(例) 実父・実母・兄弟・姉妹 など ☐ 5. 勤務先で加入していた【 _____ 】健康保険組合 ☐ 6. 任意継続被保険者	添付書類 いずれか一つ ⑦・⑧
⑥	扶養対象者の今後の収入状況について ③申請日以降1年間の収入見込額を記入する ★ ①～⑥の該当される項目の全てをご記入ください。 無収入 ① 扶養加入日以降は無収入(0円)である ③現時点で勤務先が決定している方は③～⑥へ記入 ☐ はい ② 年金(国民年金・厚生年金・遺族年金・障害年金・恩給・その他) ☐ なし ☐ あり 年額[_____]円 ↳ “年金なし”を選択された60歳以上の方にお伺いします。 Q) 扶養加入日以降、1年以内に年金を受給する(予定)はありますか? ☐ なし【 _____ 歳から受給予定】 ☐ あり ← ②へ受給予定年額を記入 ③ 給与・賞金等(パート・アルバイト) ☐ なし ☐ あり 年額[_____]円 ④ 自営業収入(農業・商業・魚業・販売・その他) ☐ なし ☐ あり 年額[_____]円 ⑤ 配当利子・家賃・資産・不動産等の収入 ☐ なし ☐ あり 年額[_____]円 ⑥ その他の収入全て【具体的に _____】 ☐ なし ☐ あり 年額[_____]円 ②+③+④+⑤+⑥= 年額[_____]円	添付書類 ⑬ ②(③) ① ④ ⑤ ⑥

下記添付書類一覧より必要書類をご確認下さい。

添付書類一覧	① 給与明細(直近3か月)※勤務3か月以内や収入減少『雇用契約書(賃金内容)』もしくは『収入見込証明書(今後1年間)』 ② 年金(振込通知書・改定通知) ③ 恩給証明書 ④ 自営業(確定申告 第1・2表、収支内訳表) ⑤ 配当利子・家賃・資産・不動産(確定申告 第1・2表と収支内訳表)※共同所有等はその内訳証明 ⑥ 各種収入証明(①②③④⑤以外の収入) ⑦ 資格喪失証明書 ⑧ 退職証明(源泉徴収票・離職票など) ⑨ 雇用保険受給資格者証(両面) ⑩ 受給終了の印字あり ⑪ 雇保 受給期間延長通知書 ⑫ 直近3か月の収入証明 ⑬ 受給終了がわかる書類 ⑭ 非課税証明書 ※非課税証明書の給与欄に金額表記がある方は余白に退職年月日を記入	添付書類一覧
--------	--	--------

JMA健康保険組合 理事長 殿

この度、被扶養者申請のために申告した内容は上記とおりで相違ありません。また、上記の申告内容について、以下の事由(※)により変更が生じたため認定要件から外れる場合には健保扶養から外す手続き速やかに行ないます。

(※)『就職した』『収入超過』『生活費を負担しなくなった』『続柄変更』『同居⇄別居』『雇用保険(他給付金)の受給』など

◆健保扶養から外す届出の際には指定された必要書類を添付します。また、削除日についてJMA健保の判断に従います。

◆認定要件外となられた日以降の医療費・給付金・健診補助金等はJMA健保からの返還請求に従い、必ず返金いたします。

以上、私は上記すべてについて誓約いたします。

署名・捺印をお願いします。
対象が複数名いる場合は、すべてに署名・捺印が必要です。

誓約日(記入日): 年 月 日 被保険者氏名: ㊟