

様式番号	
適	5

健康保険被扶養者調査書

ver 1.01

確認欄	この届け出は、下記の①又は②の要件を満たしたものである。
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
	② 記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。

事業所記号	被保険者番号	被保険者氏名	認定対象者氏名	続柄	生年月日	年齢	扶養年月日
						歳	

扶養することになった理由			
認定対象者が加入していた健康保険	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ・健保組合	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 任継
	<input type="checkbox"/> 共済組合	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 任継
	<input type="checkbox"/> 国民健康保険・国民健康保険組合		
別居の理由 (別居の場合のみ記載)	<input type="checkbox"/> 進学	<input type="checkbox"/> 被保険者の単身赴任	<input type="checkbox"/> 施設入所
	<input type="checkbox"/> その他		援助額 円
被保険者の配偶者の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 被扶養者である	
		<input type="checkbox"/> 被扶養者でない	収入 円
	<input type="checkbox"/> 無		
(健保組合使用欄)			
被保険者の年収	$\text{被保険者の年収} \times 12 + \text{ (可処分所得) } \times 80\% \cdot 85\% \cdot 90\% = \text{ } \div 2 = \text{ } \text{円}$		
認定対象者の年収	<input type="checkbox"/> 130万円未満 <input type="checkbox"/> 180万円未満 <input type="checkbox"/> 1/2未満		
被保険者世帯平均生計費	$\text{被保険者世帯平均生計費} + \text{ } \div \text{ } = \text{ } > \text{ } \text{円}$ <input type="checkbox"/> OK		
認定対象者世帯平均生計費	$\text{認定対象者世帯平均生計費} + \text{ } \div \text{ } = \text{ } < \text{ } \text{円}$ <input type="checkbox"/> OK		

収入の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 給与	円
		<input type="checkbox"/> 年金	<input type="checkbox"/> 円
			<input type="checkbox"/> 円
			<input type="checkbox"/> 円
		<input type="checkbox"/> 自営業所得	円
		<input type="checkbox"/> その他	円
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 2年以上無収入	<input type="checkbox"/> 家事専任	
		<input type="checkbox"/> 高校・大学・専門学校生	
	<input type="checkbox"/> 2年以内に退職	<input type="checkbox"/> 雇用保険未加入	
		<input type="checkbox"/> 公務員	
		<input type="checkbox"/> 雇用保険受給終了	
		<input type="checkbox"/> 雇用保険を受給しない	
		<input type="checkbox"/> 雇用保険受給期間延長	
		<input type="checkbox"/> 雇用保険待機期間・給付制限	
		<input type="checkbox"/> 雇用保険の受給条件に満たない	
		<input type="checkbox"/> 雇用保険短期特例受給者	
<input type="checkbox"/> 自営業を廃業			
市町村医療助成	<input type="checkbox"/> 子ども(乳幼児) <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 重度障害者		

この調査にあたり上記のとおり提出いたします。

提出