

# 扶 養 理 由 書

この扶養理由書は、届出されるあなたの家族（以下認定対象者といいます。）が、健康保険の「被扶養者」としての要件を満たしているかどうかを確認するために必要な書類となりますので、正確に記入してください。

なお、当組合で手続きする段階において、記載内容についての照会や、確認のための書類などの提出を別途依頼することがありますので、ご了承ください。

※次の各項目のは該当するものに印を、続柄は「義母」「子」とせず「妻の母」「長男」とするなど、あなたからみた関係について記入してください。

健康保険者等の記号番号	認定対象者の氏名	認定対象者の生年月日	あなたとの続柄(直系以外は詳しく)																							
—		昭・平・令 年 月 日																								
扶 養 の 理 由	1. 認定対象者をあなたが扶養することとなった直接の理由（原因と時期など）																									
	2. 認定対象者の現在の生活状況		◎現在加入している公的医療保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 健康保険の任意継続 <input type="checkbox"/> 未加入																							
	3. 認定対象者に対してあなた以外に扶養義務のある方がいますか(父母であればあなたの兄弟姉妹など) <input type="checkbox"/> 有 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th>続柄</th> <th>年齢</th> <th>同居・別居</th> <th>援助額(円)</th> <th>続柄</th> <th>年齢</th> <th>同居・別居</th> <th>援助額(円)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <input type="checkbox"/> 無 ⇒ ( <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹なし <input type="checkbox"/> 父死亡 <input type="checkbox"/> 母死亡 <input type="checkbox"/> 配偶者死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> その他 )			続柄	年齢	同居・別居	援助額(円)	続柄	年齢	同居・別居	援助額(円)															
続柄	年齢	同居・別居	援助額(円)	続柄	年齢	同居・別居	援助額(円)																			
収 入 に つ い て	4. 認定対象者はあなたの所得税の扶養控除の対象となっていますか <input type="checkbox"/> なっている <input type="checkbox"/> なっていない (理由 _____ )																									
	5. 認定対象者はあなたの会社の家族手当の支給の対象となっていますか <input type="checkbox"/> なっている <input type="checkbox"/> なっていない ( <input type="checkbox"/> 制度がない <input type="checkbox"/> 制度はあるが支給対象外 <input type="checkbox"/> その他 )																									
	6. 認定対象者に現在、次の収入がありますか (年金、恩給等以外)																									
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ↓ ① 勤労収入 (パート、アルバイト等) <input type="checkbox"/> 1ヵ月 <input type="checkbox"/> 年間    約    円 ② 自営業収入 <input type="checkbox"/> 1ヵ月 <input type="checkbox"/> 年間    約    円 ③ 不動産収入 <input type="checkbox"/> 1ヵ月 <input type="checkbox"/> 年間    約    円 ④ その他の収入( _____ ) <input type="checkbox"/> 1ヵ月 <input type="checkbox"/> 年間    約    円																									
7. 認定対象者は現在、雇用保険の失業給付金を受けていますか																										
<input type="checkbox"/> 有 (受給開始日 平・令 年 月 日 受給満了予定日 平・令 年 月 日) <input type="checkbox"/> 無 ( <input type="checkbox"/> 平・令 年 月 日受給満了 <input type="checkbox"/> 受給資格なし <input type="checkbox"/> 手続中 <input type="checkbox"/> 近日申請予定 <input type="checkbox"/> 就労の意思なく受給申請しない )																										
8. 認定対象者は現在、年金、恩給等を受けていますか																										
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ( <input type="checkbox"/> 受給資格なし <input type="checkbox"/> 手続中 <input type="checkbox"/> その他 ) ↓ ① 老齢 厚生・基礎年金    年額    円    ④ 企業年金 ( _____ )    年額    円 ② 遺族 厚生・基礎年金    年額    円    ⑤ 恩給 ( _____ )    年額    円 ③ 障害 厚生・基礎年金    年額    円 合計    年額    円																										

9. 認定対象者は現在、公的医療保険等の休業給付を受けていますか

無 有  
健康保険の傷病手当金 支給開始日 年 月 日から  
給付額は1ヵ月 約 円  
労災保険の休業補償給付 支給開始日 年 月 日から  
給付額は1ヵ月 約 円

家族構成

10. あなたの同居者について記入してください（あなたも含めて住民登録どおりに記入してください）

氏名	続柄	年齢	氏名	続柄	年齢

別居について

11. 認定対象者と同居していない理由

12. あなたは認定対象者に対して仕送りをしていますか  
している（振込 送金 手渡し） していない  
毎月 円 その他 円 年間 円

13. あなた以外に認定対象者に対して仕送りをしている人がいますか  
有（あなたとの続柄） 無  
毎月 円 その他 円 年間 円

14. 認定対象者と同居している人はいますか  
有 → 

氏名	続柄	年齢	氏名	続柄	年齢

  
無

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

被保険者の氏名

■この扶養理由書については、下記の確認書類の添付が必要です。

認定対象者の状況	確認書類
○ 給与収入のある方	直近の給与明細書の写し又は勤務先から発行された収入証明書
○ 退職された方	雇用保険被保険者離職票の写し又は退職証明書
○ 雇用保険の失業給付受給中又は受給満了者の方	雇用保険受給資格者証の写し
○ 公的年金等を受給中の方	現在の年金受給額が確認できる年金証書、直近の改定通知書又は振込通知書の写し
○ 自営業による収入のある方	直近の確定申告書（損益計算書含む）の写し及び直近3カ月の収支報告書（当組合独自様式）
○ 不動産収入、その他の収入のある方	直近の確定申告の写し又は課税（非課税）証明書及び収入額のわかる証明書
○ 収入のない方	課税（非課税）証明書

※被保険者と認定対象者が同一世帯に属していない方（別居の方）は上記書類に加え、次のいずれかの確認書類の添付が必要です。

- ・仕送りが振込の場合は、預金通帳等の写し
- ・仕送りが送金の場合は、現金書留の控え（写し含む）
- ・仕送りが手渡しの場合は、手渡しをする現金を定期的に口座から引き落としたことが分かる預金通帳の写し等

◎ なお、被扶養者（異動）届裏面の注意事項7.において、住民票があっても日本国籍を有しない方は、滞在目的及び滞在期間によっては認定できない場合もありますので、当組合までお問い合わせ願います。