

夫婦共同扶養調査書

扶養認定に基づく重要な書類です。正確に記入すること。

※夫婦共同扶養の仕組みについては、「被扶養者の手続き・P6」を参照。

注)配偶者(夫婦相手方)も合わせて異動追加の申請時は不要。

常務理事	事務長	担当	担当

被保険者 (あなた) について	記号	被保険者 氏名	(フリガナ)	印
	番号			

配偶者 (夫婦相手方) 氏名	(フリガナ)	被保険者との 続柄	生年 月日	昭和 ・ 平成	年	月	日
現在の 職業	勤務先: なし・あり 入社日: 年 月 日 雇用形態: 休職期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 休職理由: 産休・育児休業 ・ 私傷病または私用	被保険者と 同居・別居の別	同居・別居	年齢			才

当該事項のいずれかに○をし、**該当する項目に☑を入れ確認書類の写しを添付**すること

1. 配偶者(夫婦相手方)が加入中の医療保険制度について

(I)医療保険制度の種類
a. ()健康保険組合
b. 全国健康保険協会()支部
c. 国民健康保険
d. その他()
(III)現在の加入状況 加入中・喪失済 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ、資格確認書、健康保険資格喪失証明書等 ※加入状況や日付が確認できるもの

2. 配偶者(夫婦相手方)の就労・収入状況について

なし・あり	収入なし	<input type="checkbox"/> 該当する書類をすべて添付 <input type="checkbox"/> 非課税証明書 <input type="checkbox"/> 離職票、雇用保険資格喪失確認通知書 <input type="checkbox"/> 健康保険資格喪失証明書 <input type="checkbox"/> 前資格の健康保険資格(お知らせ・資格確認書) <input type="checkbox"/> 学生証
	給与収入	・ 年間収入額()円 <input type="checkbox"/> 雇用契約書・就業条件明示書 ※シフト勤務はシフト表添付 注)雇用関係書類が無い方は源泉徴収票か給与明細三か月分を添付
	年金 老齢 遺族 年金種類 (○で囲む) 障害	・ 年間収入額()円 <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> 年金額改定通知書・年金振込通知書 ※直近のもの
	出産手当 育児休業給付 失業給付	・ 年間収入額()円 <input type="checkbox"/> 出産手当金支給決定通知書 <input type="checkbox"/> 育児休業給付金支給決定通知書 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格者証(表・裏)
	事業収入	・ 年間収入額()円 <input type="checkbox"/> 確定申告書 <input type="checkbox"/> 所得税青色申告決算書(損益計算書) <input type="checkbox"/> 収支内訳書
その他	・ 年間収入額()円 <input type="checkbox"/> () ※ 書類名記載	

上記の通り、相違ありません。
事実と異なる申請内容と判明した場合、遡って認定資格の取消および医療費の返還に速やかに応じます。
また、認定後に収入が逆転した場合は、速やかに扶養異動をいたします。

被保険者氏名
(あなた)

印

令和 年 月 日

※本人自署の場合は押印不要