

# 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。

## 記入例

常務理事	事務長	担当	担当

被保険者 (あなた) について	記号	1	被保険者 氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ	健保
	番号	●●●●		健保 太郎	

配偶者 (夫婦相手方) 氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ	被保険者との 続柄	妻	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	健保 花子				10	2	1	0
現在の 職業	勤務先: 株式会社●●●●商事 入社日: 令和3年4月1日 雇用形態: 正社員 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	28	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 ☑ 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>該当する書類をすべて添付                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 非課税証明書</li> <li><input type="checkbox"/> 離職票、雇用保険資格喪失確認通知書</li> <li><input type="checkbox"/> 健康保険資格喪失証明書</li> <li><input type="checkbox"/> 前資格の健康保険資格(お知らせ・資格確認書)</li> <li><input type="checkbox"/> 学生証</li> </ul> </li> </ul>
	給与収入	<ul style="list-style-type: none"> <li>年間収入額( 4,200,000 )円</li> <li><input checked="" 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</li> </ul> <small>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</small>
	年金 <small>年金種類 (○で囲む)</small>	<ul style="list-style-type: none"> <li>年間収入額( )円</li> <li><input type="checkbox"/> 年金証書</li> <li><input type="checkbox"/> 年金額改定通知書・年金振込通知書 ※直近のもの</li> </ul>
	出産手当 育児休業給付 失業給付	<ul style="list-style-type: none"> <li>年間収入額( )円</li> <li><input type="checkbox"/> 出産手当金支給決定通知書</li> <li><input type="checkbox"/> 育児休業給付金支給決定通知書</li> <li><input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格者証(表・裏)</li> </ul>
	事業収入	<ul style="list-style-type: none"> <li>年間収入額( )円</li> <li><input type="checkbox"/> 確定申告書</li> <li><input type="checkbox"/> 所得税青色申告決算書(損益計算書)</li> <li><input type="checkbox"/> 収支内訳書</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>年間収入額( )円</li> <li><input type="checkbox"/> ( )</li> </ul> <small>※ 書類名記載</small>	

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) 健保 花子 印

令和 8 年 4 月 15 日

※本人自署の場合は押印不要