

被扶養者状況調査書

| | | | |
|------|-----|----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当 | 担当 |
| | | | |

扶養認定に基づく重要な書類です。正確にご記入ください。
 申請対象者が16才以上の場合、被扶養者異動届と併せて提出してください。
 被扶養者状況調査書は、1人の申請対象者につき1部必要になります。

※退職に伴う申請の時は、退職日以降の状況についてご記入ください

| | | | | | |
|-----------------------|----|--|------------|--------|---|
| 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 | | | | |

下記のとおり、私の被扶養者として申請します。

| | | | | | | | |
|---------------------|--|--------------|----------------------|----------------|----|---|---|
| 申請対象者 (家族) 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 |
| 現住所 | 〒 - | | 被保険者と 同居・別居 の別 | 同居・別居 | 年齢 | | 才 |
| 日中つながる連絡先 | () | | | | | | |
| 現在の 職業 | (就業形態： 有 (勤務先： (入社日： 年 月 日))) | ・ 無 | 婚姻日 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 |

☆当該事項のいずれかに○をし、全ての設問について記入箇所は漏れのないようにしてください。

| | | |
|---|--|---|
| 申請 対象 者 (家 族) に つ い て ご 記 入 く だ さ い | 1. 申請対象者(家族)が今まで加入していた、 もしくは、現在加入している医療保険制度について、ご記入ください。 | |
| | (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 (国保の名称：) d. その他 () (II) 上記制度に (被保険者 ・ 被扶養者) として加入 (III) 現在の加入状況 (加入中 → 加入中の方は保険証のコピーをご添付ください) (喪失済 → 健康保険資格喪失証明書をご添付ください) ！注意！医療保険制度に二重加入することはできません。 | |
| | 2. 申請対象者(家族)に配偶者はいますか。 ☆ 申請対象者(家族)が「配偶者」以外の場合に記入 | |
| | いいえ・はい → | a. 「はい」の場合 ・ 申請対象者の配偶者年間合計収入額 () 円 ※申請対象者が「親」かつその配偶者がご健在の場合【配偶者の収入証明】を添付 b. 「いいえ」の場合 ・ 理由 (未婚 ・ 離婚 ・ 死亡) ・ 発生日月日 (年 月 日) ☆ 理由が死亡の場合 (遺族年金⇒あり・なし) ※遺族年金「あり」の場合【年金支払通知書(直近発行)】を添付 |
| 3. 申請対象者(家族)は、申請日より過去1年間についてお勤めしていましたか。 ☆ 申請対象者(家族)が現在「無職」・または転職(収入減)の場合に記入 | | |
| ※失業手当に係る添付書類は マーキュリー健康保険組合HP の「扶養認定 提出書類確認 シート」を参照 (※1今後受給可能性のあるb,c,d,f については右欄に署名捺印⇒) | いいえ・はい ☆「はい」の場合 右欄を記入 | 勤務先 TEL () |
| | 退職事由 | 定年・結婚・出産 その他 () 退職日 年 月 日 |
| | 失業給付について | a. 受給資格なし b. 受給意思なし(職安で未手続きかつ今後手続きしない) c. 受給意思あり(未手続き) → 年 月 日に手続き予定 d. 受給意思あり(待期間中) → 年 月 日支給開始予定 e. 受給中(5. に支給期間と金額を記入) f. 受給終了 → 年 月 日支給終了 g. 受給延長中 |
| 失業給付に係る 誓約(※1) | ☆上で b,c,d,g のいずれかを選択した場合に署名捺印する 申請対象者が失業手当受給開始する際は必ず届出します。 被保険者氏名 (あなた) 印 | |
| 4. 申請対象者(家族)は高校・大学・専門学校等へ在籍されていますか。 | | |
| いいえ・はい ※「はい」の場合【学生証の写し】を添付 | | |

裏面へ続く ⇒⇒⇒

5. 現在、または今後、申請対象者（家族）に収入はありますか。

| | | | | | |
|------------------------------|---|------------------|-----------|-------|---|
| 申請対象者に ついでに 記入 ください | いいえ・はい ☆「はい」の場合 右欄を記入 年間合計収入見込み額（右の合計） （ 円 ） 添付書類はマーキュリー健康保険組合HP の「扶養認定 提出書類確認シート」を参照 | 収入の 種類・ 内訳 | 失業 手当 | なし・あり | 月 日 から 日額 月 日 まで（ 円） |
| | | | 出産 手当金 | なし・あり | 月 日 から 日額 月 日 まで（ 円） |
| | | | 傷病 手当金 | なし・あり | 月 日 から 日額 月 日 まで（ 円） |
| | | | 年金 | なし・あり | 年金の種類(○で囲む) 日額合計 ・老齢年金・遺族年金 (円) ・障害年金・その他 |
| | | | その他 | なし・あり | 配当・利子・家賃収入・パート・アルバイト その他 () 月額 (円) もしくは 年額 (円) |

6. 被保険者本人(あなた)と申請対象者(家族)が別居の場合、
あなたは申請対象者に対し、毎月どの程度、生活費を援助していますか。
※別居・同居の条件は別紙「扶養認定 提出書類確認シート」の2ページでご確認ください。

1か月の仕送り (円) !注!仕送りは「申請対象者」の年収額以上が必要です。

1年間の仕送り (円) ※【送金証明書(銀行振込の写)】を添付
手渡しは事実確認が困難であるため不可

7. 申請対象者(家族)に、被保険者(あなた)以外の同居の家族はいますか。
★申請対象者が「配偶者」の場合は記入不要

いいえ・はい ☆「はい」の場合、申請対象者と同居家族との続柄と同居家族が扶養できない理由を記入
続柄：() 理由：

8. 申請対象者に優先扶養義務者がいないか確認するため、
同一世帯のご家族(配偶者、親、兄弟姉妹等)の情報を、ご記入ください。
※ただし、別居の親・兄弟等を扶養申請する時は別居家族の情報もご記入ください。
!注!申請対象者があなたの実親の場合、あなたの兄弟姉妹等、配偶者の親であれば配偶者を含め配偶者の兄弟姉妹等をご記入ください。

| 氏名 | 続柄 | 年齢 | 年収 | 同別居 | 住所 | 援助の有無 |
|----|----|----|----|-----|----|------------|
| | | 才 | 万円 | 同・別 | | 有(年額 万円)・無 |
| | | 才 | 万円 | 同・別 | | 有(年額 万円)・無 |
| | | 才 | 万円 | 同・別 | | 有(年額 万円)・無 |
| | | 才 | 万円 | 同・別 | | 有(年額 万円)・無 |

9. 今回(I)「申請対象者(家族)」を扶養しなければならない理由および
(II)「8」で記入した家族が「申請対象者」を扶養できない理由を詳しくご記入ください。

(I) 申請対象者の申請理由 (いずれか該当する項目を1つ○で囲み、認定を申請する日を記入すること)
(結婚・退職・収入減少・失業手当等受給終了・被保険者の入社・その他())
・認定を申請する日(年 月 日)

(II) 「8」で記入した家族が「申請対象者」を扶養できない理由(具体的に)

上記の通り、相違ありません。
認定後事実と相違していることが判明した場合は、
被扶養者の削除、給付の停止、医療費の返還請求等に速やかに応じます。

被保険者氏名 _____ 令和 年 月 日
(あなた) _____ 印

マーキュリー健康保険組合のホームページの届出申請書一覧のページ・
「扶養認定 提出書類確認シート」で、提出書類をご確認の上、ご提出ください。