家族調べ回答書

福井県自動車販売整備健康保険組合

被扶養者の認定にあたり、被保険者と扶養認定を希望される方との生活実態、および現況を確認するために提出していただく書類です。
下記のすべての事項について今の状況をお書きください。また、場合により追加書類の提出を求めることがあります。
なお、記入された事項につきましては、他の目的で使用することはありません。

記入日　令和　　年　　月　　日

被保険者等記号・番号	―	被保険者氏名	下記の記入内容に相違ありません。

①扶養認定を希望（追加）される方について

氏　名	（フリガナ）	生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日 令和	続　柄
同居・別居の区分	被保険者と □ 同居 ・□ 別居 ⇨ 毎月の仕送金額 〔　　円〕 ※別居の場合は2～3ヶ月分の仕送金額がわかる写しを添付してください。			
配偶者の有無	□ 有 □ 無 ⇨ 未婚 ・ 離婚 ・ 死別（　　年　　月　　日）			
養育費の有無	□ 無 □ 有 ⇨ 毎月の養育費 〔　　円〕			
現在加入している健康保険	□ 協会けんぽ □ 共済組合（　　） □ 国民健康保険 □ 他の健康保険組合（　　） □ 無保険 （いつから　　年　　月　　日～） □ 以前勤めていた会社の任意継続被保険者 上記健康保険の脱退(予定)日　　年　　月　　日			
扶養の申請理由	★今までの状況および今回どのような理由で扶養することになったのかを具体的に記入してください。			

②扶養認定を希望（追加）される方の現在の状況について

収入について	年金収入の有無 （年金の種類） ※直近の年金収入額がわかる通知書の写しを添付してください。	有	老齢年金・厚生年金・遺族年金・障害年金・企業年金・恩給・共済年金 個人年金・その他（　　）※該当するものすべてに〇をつけてください。 年間収入 （　　円）
		無	（理由　　）
	給与収入の有無 （パート、アルバイト等を含む） □ 有 ・ □ 無	有	□ 常勤 □ 非常勤 □ パート □ アルバイト 1ヶ月の収入 （　　円） ※雇用契約書の写しを添付してください。 ※給与明細書直近2～3ヶ月分の写しを添付してください。
	その他	有	□株 ・ □不動産 ・ □農業所得 ・ □事業等 ・ □（　　） 1ヶ月の収入 （　　円）
離職の場合	退　職　日		年　　月　　日退職
	退 職 理 由		□ 自己都合（　　） □ 定年退職 □ 会社都合
	失業給付の有無	有	□ 申請中（申請予定） □ 受給中 □ 受給終了済
		無	（理由　　）
傷病手当金・出産手当金受給の □ 有 ・ □ 無		有	□ 傷病 □ 出産　　年　　月　　日 ～ ※傷病手当金 もしくは 出産手当金 の受給金額がわかる写しを添付してください。
病気で職に就けない場合			□ 医師の診断書あり □ 医師の診断書なし
現病歴	病名		□ 通院していない □ たまに病院に行く □ 今通院中である □ 今入院中である

③家族構成について

（被保険者、扶養認定を希望される方以外を記入）

家族構成	氏　名	続　柄	生年月日	職　業	世　帯
			年　月　日		同居/別居
			年　月　日		同居/別居
			年　月　日		同居/別居
			年　月　日		同居/別居

（R6.12）