**被扶養者状況調査書**

1. この資料は、１名につき１枚添付が必要です。（但し18歳未満の実子を申請する場合と、18歳の高校生は不要）
2. この資料に、事実と相違した記載をされ認定を受けた場合は、その認定を取り消すとともにこれに伴い支給された保険給付は、全て返還して  
   いただきますので正確に記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 認定対象者の氏名 | 被保険者との続柄 | 認定対象者の現住所 | 被保険者との居住状況 |
|  |  |  | 同居　･　別居 |

1. **被扶養者として申請する理由（扶養するに至った経緯、その時期について具体的に詳しく記入してください）**

1. **現在の職業(パート・アルバイト・内職を含む)または、直近の職歴を記入してください。学生の方は学校名・学年。**

勤務先名：学校名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職業：学年　　　　　　

所在地

1. **現在の健康保険の加入状況について**

□ 現在も加入中である

加入健保　⇒　□ 健康保険組合または協会けんぽの健康保険　□　国民健康保険　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　）

加入形態　⇒　□ 被保険者として加入　　　　□　被扶養者として加入

□ 退職後の任意継続被保険者として自身で加入 (保険料は　　　年　　　月分まで納付済)

□ すでに資格喪失(　　　　年　　　　月　　　　日)している

1. **（１）雇用保険失業給付金の受給について**

□　受給中　　　(　　　　年　　　　月　　　　日から　･　日額　　　　　　円)

□　受給終了　　(　　　　年　　　　月　　　　日まで　･　日額　　　　　　円)

□　受給手続き中　　□　待期期間中　　　□　延長手続中　　　□　受給なし(理由：　　　　　　　　　　　　　)

1. **現在の収入の有無およびその内訳 (以下該当する□にレ印を記入してください)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １．年金(国民・厚生・遺族・障害・共済・農業など)、  　　恩給、年金基金 | □　無　･　□　有 | １ヵ月　　　　　　　　　　　円 |
| ２．勤労収入（パート・アルバイト・内職など） | □　無　･　□　有 | １ヵ月　　　　　　　　　　　円 |
| ３　事業収入 (内容　　　　　　　　　　　　　) | □　無　･　□　有 | １ヵ月　　　　　　　　　　　円 |
| ４．不動産収入(内容　　　　　　　　　　　　　) | □　無　･　□　有 | １ヵ月　　　　　　　　　　　円 |
| ５．農業収入 | □　無　･　□　有 | １ヵ月　　　　　　　　　　　円 |
| ６．傷病手当金などの休業補償 | □　無　･　□　有 | １ヵ月　　　　　　　　　　　円 |
| ７．その他の収入 (内容　　　　　　　　　　　　　) | □　無　･　□　有 | １ヵ月　　　　　　　　　　　円 |

1. **家族構成 (配偶者および実子以外を申請する場合は、同居・別居に係わらず兄弟姉妹も含めた家族全員について記入してください)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 続柄※ | 年齢 | 職業 | 月収（円） | 同居 別居 | 住所 |
|  |  |  |  |  | 同　・　別 |  |
|  |  |  |  |  | 同　・　別 |  |
|  |  |  |  |  | 同　・　別 |  |
|  |  |  |  |  | 同　・　別 |  |
|  |  |  |  |  | 同　・　別 |  |
|  |  |  |  |  | 同　・　別 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　※続柄は認定対象者から見た続柄を記入してください。

◆照会先：ＪＡＳＴ健康保険組合

TEL：06-4560-1008　E-mail：info@jastkenpo.or.jp

|  |
| --- |
| 上記のとおり相違ありません。　　　　　　　　　　　　　　 被保険者等記号－番号　　　　　　　－  ＪＡＳＴ健康保険組合理事長 様　　　　　　　　　　被保険者氏名（社員） |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＪＡＳＴ健康保険組合（2024.12）