

生計依存関係調書 (配偶者・新生児以外の家族)

令和 年 月 日提出

事由発生日以降の実態について、以下の項目にお答えください。添付書類は添付書類一覧表を確認してください。

被保険者等 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	
			続柄	年齢
認定対象者氏名				歳
扶養申請する方はアステラス健保組合に加入したことが (ある ⇨ (昭和・平成・令和 年頃) / ない)				
【1】 扶養申請する方の今後の予定 (該当の箇所に○印をつけてください。その他の場合は()に記入してください)			主な添付書類 (詳細は添付書類一覧表を確認してください)	
() 被保険者が当健康保険組合の資格を取得(入社)したため			前健保の資格喪失証明書	
() 離職したため			【6】も記入 前健保の資格喪失証明書	
() 年間収入(見込)が130万円(180万円)未満となったため			労働契約書、確定申告書	
() 自営業を廃業したため			廃業届	
() その他 ()				
【2】 扶養申請する方の現在の状況、扶養するに至った理由等を今後の予定も含め具体的に記入してください。				
【3】 扶養申請する方が今まで加入していた健康保険について(該当項目に○印をつけ、()内を記入してください)				
() 健康保険 健保組合(名称:)				
() 国民健康保険 市町村名()				
() 国民健康保険 国民健康保険組合名()				
() その他 ()				
() 未加入 (平成・令和) 年 月から未加入				
【4】 申請する方の生活状況 該当する項目に○印をつけ、別居の場合は送金額とそれを証明するものを添付してください。送金額・送金方法については健保 HP よりメールにてお問い合わせしてください。				
() 被保険者と同居				
() 被保険者と別居 (被保険者からの送金額 _____ 円/月)			3ヶ月分の送金実績(通帳の写し等)	
() 被保険者以外の親族からの送金がある (送金額 _____ 円/月)			通帳の写し、送金証明書等	
() 認定対象者との親族関係 (子・父母・孫・祖父母・兄弟姉妹・その他)				
【5】 申請する方の現在の収入状況 該当する項目に○印をつけ、年間収入を記入してください。 * 傷病手当金の日額が3,612円未満(60歳以上5,000円未満)の場合申請可能(障害年金受給者は別途確認させていただきます。)				
() 無収入				
() 給与収入(パート・アルバイト含む) _____ 年収 _____ 円			給与明細書、源泉徴収票等	
時給 _____ 円×1ヶ月の勤務時間 _____ 時間 = _____ 円			交通費1ヶ月 _____ 円	
日給 _____ 円×1ヶ月の勤務日数 _____ 時間 = _____ 円			交通費1ヶ月 _____ 円	
※ 交通費を含む月額が108,334円以上ある場合は、被扶養者とはなりません。				
() 事業所、不動産収入など _____ 年間 _____ 円			収支内訳書、青色申告決算書	
() 年金(老齢・遺族・障害・個人)収入 _____ 年間 _____ 円			年金振込通知書など	
() 傷病手当金・出産手当金 _____ 日額 _____ 円			支給決定通知書等	
() その他 () 年間 _____ 円			事実が分かる公的証明書類	
※ 被保険者以外の親族からの仕送り金等も対象です。				

全員必須項目

該当者のみ記入項目	【6】 離職をした場合、下記項目に該当する場合は記入してください。 申請する方の離職後の雇用保険基本手当の受給状況(該当する項目に○印をつけてください)				主な添付書類 (詳細は添付書類一覧表をご覧ください。)	
	＜留意点＞ 雇用保険受給開始前は扶養の申請をすることが可能です。 雇用保険の基本手当の日額が3,612円未満(60歳以上または障害年金受給者は、5,000円未満)の場合は認定基準内のため受給開始後も引き続き扶養の継続となりますが、扶養の基準額以上の雇用保険を受給開始した場合被扶養者削除の手続きが必要となります。 扶養資格調査等で基準以上の受給金額を受給している場合は削除とし、遡って医療費の返還請求を行う場合があります。					
	<input type="checkbox"/> 雇用保険に未加入				離職前の給与明細書など	
	<input type="checkbox"/> 雇用保険を受給する (求職の申込日: 令和 年 月 日)				受給資格者証	
	<input type="checkbox"/> 雇用保険を受給しない・加入期間不足 (理由: _____)				離職票 2	
	<input type="checkbox"/> 雇用保険受給中 (日額: _____ 円/受給終了予定日: 令和 年 月 日)				受給資格者証	
	<input type="checkbox"/> 雇用保険受給を延長 (延長終了予定日: 令和 年 月 日)				受給期間延長通知書等	
	<input type="checkbox"/> 雇用保険の受給終了 (受給終了日: 令和 年 月 日)				受給資格者証 (終了印あり)	
	【7】 《子の申請以外の場合、被保険者(あなた)以外のご家族の収入とあなた以外のご家族と扶養申請対象者との同居・別居等を記入してください》 *主として被保険者(あなた)の収入により生計が維持されているかを確認するために必要な項目となります。					
	例: 母の申請の場合 : あなたの父、あなたの兄弟姉妹等 両親の申請の場合 : あなたの兄弟姉妹等 義父母の申請の場合 : あなたの配偶者、あなたの配偶者の兄弟姉妹等(義父母は同居が扶養の要件となります)					
		氏名	続柄	同居・別居	既婚・未婚	年収
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚	約 _____ 万円
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚	約 _____ 万円
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚	約 _____ 万円
【8】 《子の扶養申請の場合のみ記入してください》 被保険者(あなた)と配偶者との年収等の状況(該当する項目の○印をつけ、該当欄に金額を記入してください)						
1-1. あなたに配偶者はいますか? <input type="checkbox"/> いる ⇒ 2. へ <input type="checkbox"/> いない ⇒ 1-2. へ						
1-2. 子の親から送金がありますか? <input type="checkbox"/> ある ⇒ 送金額 (月 _____)円 *送金額が分かるもの(通帳の写し)とあなたの源泉徴収票の写しを添付 あなたの年収額(_____)円 *送金がないことが分かるもの(通帳の写し)とあなたの源泉徴収票の写し <input type="checkbox"/> ない ⇒ 1-2. へ						
2. 配偶者に収入はありますか? <input type="checkbox"/> ある ⇒ 3. へ <input type="checkbox"/> ない ⇒ 誓約書へ						
3. あなたと配偶者の収入をご記入ください		あなたの前年度または休業前の年間収入 (_____) 円 あなたが転職をした(予定含む)場合は転職月より1年間の収入 (_____) 円 配偶者の前年度または休業前の年収額 (_____) 円 配偶者が転職をした(予定含む)場合は転職月より1年間の収入 (_____) 円				
※ 配偶者に収入がある場合は、あなたと配偶者の前年度または休業前の源泉徴収票または確定申告書の写しを添付してください。 ※ 配偶者が転職した(予定含む)場合は、収入見込証明書を添付してください。 ※ 夫婦が共に働いている場合は原則的に収入(所得)が多い方の扶養になります。尚、認定後も夫婦間で収入が変動した場合は扶養の見直しが必要となりますので申し出てください。(ただし、産休・育休中は特例として扶養の見直しをしません) 扶養資格調査等で収入変動の確認がとれた場合は遡って削除し、医療費等の返還請求を行う場合があります。						
* 状況により、追加で確認書類をご提出いただく場合があります。						
全員必須項目	【 誓約書 】					
	今回被扶養者として申請する者の状況は、上記のとおり相違ありません。 今後、就職等で他の健保へ加入したり、収入が130万円(60歳以上および障害厚生年金受給者は180万円)以上になったとき、申請対象者が子で夫婦共に収入がある場合は配偶者が私の収入を上回ったとき、扶養状況に変更があったときには速やかに被扶養者削除の手続きを行います。 また、同居していた被扶養者が会社都合以外の別居となった場合は送金を行います。 さらに、事実と異なる届出を行っていた場合は、遡って資格の取消を受け、当該期間に受けた現金給付を全て返還するとともに、これについて不服申し立てはいたしません。					
	令和 年 月 日 <div style="text-align: right;">被保険者氏名(自署):</div>					

※ 被保険者の皆様には届け出に関して以下のように法令で義務付けられていますのでご注意ください。

- 被扶養者であるご親族の職業、収入、住所、氏名、性別、生年月日、個人番号(個人番号を有する者に限る。)及び被保険者との続柄、別居の親族が同一の世帯に居住した年月日および扶養するに至った理由などの事項に変更があったときは、その都度、勤務先を経由して当健康保険組合に届け出なければなりません(健康保険法施行規則第38条)。
- 被保険者は、毎年一定の期日に行われる被保険者証の検認若しくは更新の際に、被保険者証又は被扶養者に係る確認に必要な書類の提出を求められたときは、遅滞なく、これを事業主を経由して当健康保険組合に提出しなければなりません(健康保険法施行規則第50条)。
- 被保険者は、資格を喪失したとき、あるいは保険者に変更があったとき、又は被扶養者が異動したときは、5日以内に、被保険者証を事業主を経由して当健康保険組合に提出しなければなりません(健康保険法施行規則第51条)。

※ 被扶養者の認定日について
 法令では原則として扶養申請日より5日以内に届出をしなければならず定められておりますが(健康保険法施行規則第38条)、やむを得ない理由により5日以内に届出ができない場合、当健保では1ヶ月以内に申請書類一式を確認し、扶養要件を満たしている場合に限り、事由発生日に遡り扶養認定いたします。
 書類受付が1ヶ月を過ぎた場合は、当健保にて書類を受け付けた日を扶養認定日とします。