

18歳未満の子及び学籍にある子以外はこの状況届の提出が必要です。
(小・中・高・大学・専門学校等に通学している子の状況届は不要です。)

記入例

扶養認定対象者状況届

この届は、健康保険法第1条の「主として被保険者により生計を維持するもの」と定められることに基づき、被扶養者認定の公平を期するために「健康保険被扶養者(異動)届」の補足資料として提出するものです。

新たに被扶養者の届出を行う際は、この届と各項目の必要書類、「健康保険被扶養者(異動)届」を提出下さい。

◎他の目的に利用することはありませんので、事実に基づいて全ての項目についてご記入下さい。

被保険者について

保険証等の 記号・番号	1-12345	被保険者氏名 (社員氏名)	健保 太郎
----------------	---------	------------------	-------

認定を受けようとする家族について(以下対象者という)

対象者の氏名	健保 花子	年齢	30	被保険者との続柄	妻
① 今回被保険者が扶養することになった事由(複数回答可)	1. 入社のため ② 結婚したため 3. 会社を退職したため 4. アルバイト・パートを辞めたため 5. 被保険者が新たにAIG健保の任意継続被保険者となったため	6. 雇用保険受給終了のため 7. 任意継続被保険者の資格を喪失したため 8. その他 ()			
② 両親等のうち1人を扶養申請する場合は、その方の配偶者について記入してください。	1. 離婚 2. 死亡 ⇒ 遺族年金受給または受給予定 (有・無) 3. 被保険者の被扶養者としてすでに認定済 4. その他 ()				
③ 所得税法に基づく扶養控除の対象になっていますか。	① はい 2. いいえ (理由:)				
④ 対象者が今まで加入していた健保の種類は何ですか。	A: 協会けんぽ ① B: 組合健康保険 C: 共済組合 D: 国民健康保険 E: 任意継続 ① 本人として加入 2. 被扶養者として加入 (扶養していた者の氏名: 続柄:) 3. その他 ()				
⑤ 対象者は現在就労していますか。	1. はい ⇒ ⑧へお進みください。 ② いいえ ⇒ ⑥へお進みください。				
⑥ 対象者はこの届出をする以前直近5年間に就労していたことがありますか。	① はい ⇒ ⑦へお進みください。 2. いいえ ⇒ ⑧へお進みください。				
	(A) 勤務先名 △△△株式会社 所在地 東京都千代田区〇〇町△△-×× 勤続年数 8年 3ヶ月 退職年月日 令和8年 1月 1日 退職理由 結婚のため 雇用保険加入の有無 ① 1. 加入していた ⇒ (B) を記入してください。 2. 加入していなかった ⇒ ⑧へお進みください。				
⑦ ⑥で「はい」と回答した方はご記入ください。	(B) 現在、雇用保険の基本手当(失業給付)を受けていますか。 1. はい ⇒ ※受給資格証の写し(両面)を添付してください。 2. 申請中 ⇒ 年 月 日 手続き済 ※受給資格証の写し(両面)を添付してください。 ③ いいえ A: 失業給付を受ける意志がない ① B: 近い将来手続きに行く C: 受給延長の手続きをする・手続きをした D: 受給資格なし E: 受給終了 F: その他() ※ 離職票2の写しを添付してください。 受給終了の場合は、受給資格証の写し(両面)を添付してください。				

今回扶養認定を受けようとする人について、記入してください。
 <<注>>被保険者(社員)について記入しないでください。

⑧	対象者は現在年金を受給していますか。	1. はい ⇒ ⑨へお進みください。 ② いいえ ⇒ ⑩へお進みください。 3. 申請中 (を受給申請中)						
⑨	年金を受給している場合は記入してください。	年金の種類						
		年額		円		円	円	
※年金額改定通知書・年金振込通知書等、現在の年金受給額がわかる書類の写しを添付してください。								
⑩	対象者は年金以外の収入はありますか。	1. はい ⇒ ⑪へお進みください。 ② いいえ ⇒ ⑫へお進みください。						
⑪	年金以外の収入がある場合は記入してください。	1. 給与収入 (パート・アルバイト含む)		月収・年収		円		
		2. 農業・漁業収入		月収・年収		円		
		3. 商業収入		月収・年収		円		
		4. 不動産収入 (土地・家屋の賃貸収入等)		月収・年収		円		
		5. 利子・配当金収入		月収・年収		円		
		6. 傷病(出産)手当金収入		月収・年収		円		
		7. 援助者:	続柄:	からの収入	月収・年収		円	
		8. その他の収入 (内容:			月収・年収		円	
⑫	※対象者が同居する配偶者・子の場合 は記入不要。 対象者の家族構成を記入してください。 同居・別居に関わらず(18歳以上の兄弟姉妹・父母等)全員を記入してください。	氏名	対象者からみた続柄	年齢	住所	職業(勤務先)	月収	対象者への援助
		健保 太郎	夫	40	東京都〇〇区△△町××-××	AIG損害保険株式会社	50万円	有(20万円)・無
		厚生 健	実父	65	大阪府〇〇市△△町××-××	無職	0円	有(円)・無
		厚生 勉	実弟	28	大阪府〇〇市△△町××-××	会社員	20万円	有(円)・無
							円	有(円)・無
							円	有(円)・無
※注>> ・被保険者(社員)の家族構成を記入する欄ではありません。 ・対象者が同居の妻・子の場合、記入不要です。								
⑬	※・被保険者の単身赴任による配偶者・子との別居・子の通学のための別居は同居扱いのため記入不要。 対象者が別居している場合に記入してください。	1. 対象者の住居はどれに該当しますか。 A: 持家 B: 賃貸 C: その他() 家賃がある場合 ⇒ 一ヶ月の家賃: 10万円 住所: 東京都〇〇市△△町××●号室						
		2. 他に同居している人はいますか。 いる ・ いなし いる場合 ⇒ 同居者の続柄: 同居者の月収: 円 3. 被保険者から仕送りはありますか。 はい ・ いいえ はいの場合 ⇒ 毎月の仕送り金額 20万円						
上記のとおり相違ありません。 なお事実と相違していた場合は、被扶養者の認定取り消しはもちろんのこと、支払われた給付費について返納させられても異議ありません。 令和〇年 △△月 ××日 AIG健康保険組合 理事長 殿 被保険者(社員)の 住所: 東京都〇〇区△△町××-×× 氏名: 健保 太郎 電話: 090-〇〇〇〇-△△△△								

確認が必要な事象が発生した場合は、別途他の書類の提出を求めることがありますので予めご了承ください。