

家族等状況報告書

常務理事	事務長	担 当

被保険者	記号		被保険者氏名			
	番号					
事業所名						
扶養申請の対象となる方について記入し、該当するものに○を付けてください	氏名	性別	生年月日		被保険者の続柄	
		男・女	大昭平	年 月 日		
	現在の就労状況について	・無職 ・被雇用者 ・自営業 ・学生 ・その他（ （給与収入のみ）				
	年金等の受給状況について	・受給している ・申請する 年金の種別（ ・受給していない 年金）				
	申請日以降の収入見込額について	年収概算 千円 （無い場合は0と記入）				
扶養申請の理由 （該当に☑して下さい）	☐被保険者入社のため 令和 年 月 日入社 ☐会社を退職したため 令和 年 月 日退職 ☐結婚したため 令和 年 月 日結婚 ☐収入が減少したため 令和 年 月 から減少 ☐その他 （理由					
雇用保険の状況について○を付けて下さい	1. 受給申請をする 2. 受給中である 3. 受給を終了している 4. 受給しない					
備考	養育費 円 ※ある場合は記入					
・扶養申請の対象が父母、兄弟、姉妹のときは、その他の父母、兄弟、姉妹の状況を下記に記入して下さい。 ・扶養申請の対象がご子息、ご息女のときは、配偶者の状況を下記に記入してください。						
氏名	性別	生年月日	被保険者の続柄	同居・別居の別	年間収入	
	男・女	大昭平 年 月 日		同居・別居		
	男・女	大昭平 年 月 日		同居・別居		
	男・女	大昭平 年 月 日		同居・別居		
家族等状況報告書の内容について、事実と相違ない事を誓約いたします。なお、報告後、扶養状況に変更があった場合は速やかに届出いたします。また、届出内容が事実と異なっていた場合には遡って資格を取消し、当該期間に貴組合が負担した医療費、給付金等は全額返戻いたします。						
令和 年 月 日						
古河健康保険組合理事長 殿			被保険者氏名			

注意事項）この報告書は、扶養認定を適正に行うため提出いただくものです。他の目的に利用することはありませんので、正確に記入して下さい。