

生計維持に関する証明書

被保険者の住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇	被保険者氏名	健 保 一 郎
認定対象者の住所 氏名及び続柄	(住所)〒 - 同上 (氏名) 健 保 花 子 (続柄 母)	(住所)〒 - (氏名) (続柄)	
上記の者は、被保険者により生計を維持されていることを証明します。 令和 1 年 5 月 1 日 住所 〇〇市〇〇区〇〇-〇 証明者 役職名 愛知県トラック運輸(株) 代表取締役 氏名 愛 知 健 一			

※この届書は、被扶養者の認定に使用し、他の目的には使用しません。

被扶養者現況届

記号	1234	番号	567	被保険者氏名	健 保 一 郎
認定対象者氏名	健 保 花 子				
生年月日	昭 和 30年 10月 8日	昭和・平成・令和 年 月 日			
住 所	〇〇市〇〇町〇〇				
1. 所得税の扶養控除 をしていますか	はい (していない理由) いいえ →	はい (していない理由) いいえ →			
2. 今まで加入してい 健康保険は何ですか	社会保険 (本人・家族) 国民健康保険 その他()	社会保険 (本人・家族) 国民健康保険 その他()			
3. 現在勤務していま 又は過去1年以内に勤 いましたか	はい → 勤務先名 退職理由 ・在職期間 年 月 ~ 年 月 まで ・在職中 いいえ	はい → 勤務先名 退職理由 ・在職期間 年 月 ~ 年 月 まで ・在職中 いいえ			
4. 失業給付金	有 → 年 月 日から受給中 日額 (円) 無 → 1. 手続き中 月 日から 日額 ()円受給予定 2. 申込をしていない 3. 資格が無い (理由 勤務していないため)	有 → 年 月 日から受給中 日額 (円) 無 → 1. 手続き中 月 日から 日額 ()円受給予定 2. 申込をしていない 3. 資格が無い (理由)			
5. 公的年金	有 → 年額 613,000 円 申請中 無	有 → 年額 円 申請中 無			
6. 恩給について	有 → 年額 円 申請中 無	有 → 年額 円 申請中 無			
7. 健康保険の傷病手当 労災保険の休業補償な	有 日額 円 年 月 日から受給(予定) 支払団体名() 無	有 日額 円 年 月 日から受給(予定) 支払団体名() 無			

失業給付を受給されている場合は、雇用保険の受給資格者証の写しを添付して下さい。

年金を受給されている場合は、直近の年金額の分かるものの写しを添付して下さい。

恩給を受給されている場合は、直近の金額の分かるものの写しを添付して下さい。

傷病手当金・労災保険の休業補償を受給されている場合は、支給決定通知書等支給金額の分かるものの写しを添付して下さい。

該当する箇所を○で囲んでください。

勤労収入がある場合は、直近3ヶ月分の給与明細(写し)を添付して下さい。

その他収入のある場合は、金額が分かるものの写しを添付して下さい。

認定対象者と同居してみえる方を必ず記入してください。

認定対象者が別居している場合は、必ず記入してください。

8. 勤労収入	<input checked="" type="radio"/> 有 年間収入 <u>300,000</u> 円 月当り勤務日数 <u>8</u> 日 ←1日当り勤務時間 <u>4</u> 時間 <input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有 年間収入 _____ 円 月当り勤務日数 _____ 日 1日当り勤務時間 _____ 時間 <input type="radio"/> 無																																
9. その他の収入	<input type="radio"/> 有 1. 家賃収入 _____ 円 2. 副業 _____ 円 3. その他(_____) 年間収入合計 _____ 円 <input checked="" type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有 1. 家賃収入 _____ 円 2. 副業 _____ 円 3. その他(_____) 年間収入合計 _____ 円 <input type="radio"/> 無																																
10. 配偶者はいますか	<input checked="" type="radio"/> いる <input type="radio"/> いない	<input type="radio"/> いる <input type="radio"/> いない																																
	①加入している健康保険の種類 社会保険(本人・家族) <u>国民健康保険</u> ②配偶者の年間収入 <u>1,800,000</u> 円	①加入している健康保険の種類 社会保険(本人・家族)・国民健康保険 ②配偶者の年間収入 _____ 円																																
11. 今までの生活費について	1. 働いて生活していた 2. 年金・恩給等で生活していた <input checked="" type="radio"/> 3. 扶養されていた (以前扶養していた者 <u>健保 友蔵</u>)	1. 働いて生活していた 2. 年金・恩給等で生活していた 3. 扶養されていた (以前扶養していた者 _____)																																
12. 認定対象者が1か月に必要な生活費	約 <u>160,000</u> 円	約 _____ 円																																
13. 現在、及びこれから先の生活費について	1. 認定対象者自身の収入で生活している。 <input checked="" type="radio"/> 2. 被保険者が上記生活費のうち <u>90,000</u> 円/月を負担している。 3. 全面的に被保険者が負担している。 4. 被保険者以外にも負担している者がいる。 氏名(_____) 続柄(_____) 負担している額 _____ 円	1. 認定対象者自身の収入で生活している。 2. 被保険者が上記生活費のうち _____ 円/月を負担している。 3. 全面的に被保険者が負担している。 4. 被保険者以外にも負担している者がいる。 氏名(_____) 続柄(_____) 負担している額 _____ 円																																
14. 被扶養者として申請することになった理由	<u>今まで扶養していた父が退職し、収入が減ったため。</u>																																	
15. 認定対象者と同居している家族	<table border="1"> <thead> <tr> <th>氏名</th> <th>続柄</th> <th>年齢</th> <th>月収</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>健保友蔵</u></td> <td><u>父</u></td> <td><u>66</u></td> <td><u>15万円</u></td> </tr> <tr> <td><u>さくら</u></td> <td><u>妻</u></td> <td><u>33</u></td> <td><u>0円</u></td> </tr> <tr> <td><u>太郎</u></td> <td><u>長男</u></td> <td><u>10</u></td> <td><u>0円</u></td> </tr> </tbody> </table>	氏名	続柄	年齢	月収	<u>健保友蔵</u>	<u>父</u>	<u>66</u>	<u>15万円</u>	<u>さくら</u>	<u>妻</u>	<u>33</u>	<u>0円</u>	<u>太郎</u>	<u>長男</u>	<u>10</u>	<u>0円</u>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>氏名</th> <th>続柄</th> <th>年齢</th> <th>月収</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	氏名	続柄	年齢	月収												
氏名	続柄	年齢	月収																															
<u>健保友蔵</u>	<u>父</u>	<u>66</u>	<u>15万円</u>																															
<u>さくら</u>	<u>妻</u>	<u>33</u>	<u>0円</u>																															
<u>太郎</u>	<u>長男</u>	<u>10</u>	<u>0円</u>																															
氏名	続柄	年齢	月収																															
16. 送金額について ※別居の場合のみ記入	送金額... 毎月 _____ 円 又は、年 _____ 回 1回につき _____ 円 その他 (_____)																																	
上記のとおり確認しました。 令和 1 年 5 月 1 日 所在地 <u>〇〇市〇〇区〇〇-〇</u> 事業所名称 <u>愛知県トラック運輸(株)</u> 事業主名 <u>愛知健一</u>																																		

該当する箇所を○で囲んでください。

申請理由をできるだけ詳しく記入してください。

(注)① 生計維持に関する証明は、事業主、民生委員、又は町内会長等をお願いしてください。
 ② 年金・失業給付金等受給中の方は、改定通知書、受給資格者証、支給決定通知書等受給金額のわかるものの写しを添付してください。
 ③ 勤労収入のある方は直近3か月分の給与明細書の写し等を添付してください。
 ④ 別居の場合は、送金額を証明できる書類の写しを添付してください。