**扶養状況申告書 （扶養申請対象者が18歳以上の方のみご提出ください）**　　 　　　　　2025.2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者(従業員) | | | | 扶養（家族）対象者 | | | 性別 | 続柄 | 生年月日 | 年齢 |
| 記号 | **123** | 番号 | **45678** | 氏名 | フリガナ | **ニッサン　ケンポ** | 男  女 | **子** | 昭　平  **12** 年 **8** 月 **1** 日 | **24**  　　歳 |
| **日産　健保** | |

以下、全項目の該当箇所への☒☑(チェック)と記入箇所へご記入をお願いします。　　　 **↑**（例）妻・子・実父母・義父母・兄弟 等

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ❶ | 生活維持関係について | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者(従業員)は扶養対象者の生活費を負担していますか？ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | はい | | | |  | | | いいえ ➔ ㊟ 扶養要件を満たしていないため、扶養加入ができません。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ❷ | 雇用保険（失業手当）について ≪Q1・Q2についても該当箇所に☒☑(チェック)をお願いします≫ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 1. 受給資格なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 理由 | | |  | | 以前より無職 | | | | | | | | | | | |  | | | | 加入期間1年未満 | | | | | | | |  | | | | その他【理由：　　　　　　　　　　　　　　　　】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 退職した勤務先で未加入のため **→右記の添付書類をご提出ください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 添付書類 | | | | ❼ |
|  | | 2. 受給終了 | | | | | | 【受給期間： 　　 年　 　　　月　　　 　日 ～ 　 年　 　 　月　 　 　日】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 添付書類 | | | | ❿ |
|  | | 3. 給付制限期間中  待期期間中 | | | | | | | | | | 【**雇用保険受給開始日**（予定日）： **2025** 年  **1** 月 **30** 日】  ➔受給日額が下記★以上の方は受給開始日から5日以内に扶養削除手続きを行なってください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 添付書類 | | | | ⓬ |
|  | | 4. 受給中 | | | | | ★基本手当日額：3,612円未満（60歳未満）／5,000円未満（60歳以上・障害年金該当者）  ➔ ㊟ 受給日額が上記の額を上回る方は扶養要件を満たしていないため、扶養加入できません。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 添付書類 | | | | ⓬ |
|  | | 5. 受給資格はあるが、受給しない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 理由 | | |  | | 現在就業中 | | | | | | | |  | | | | | 自身で就職先を探す | | | | | | | | | |  | | | | その他【理由：　　　　　　　　　　　　　　　 】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 今後は就職希望なし【理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 　 】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 6. 受給期間を延長した(予定) ㊟ 添付書類は後日提出でも構いません。入手次第（余白に記号・番号を記入）ご提出ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 理由 | | |  | | 傷病のため | | | | | | | | |  | | | | その他【 理由：　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 添付書類 | | | | ⓫ |
|  | | 育児のため | | | | | | | | |  | | | | 出産のため【出産日／出産予定日：　 　年　 　　月　 　　日】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ●以下のQ1・Q2について、該当箇所に☒☑（チェック）をお願いします。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Q１ ）傷病手当金について | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 非該当 | | | | | |  | | 受給終了(予定)【  終了日（  予定日 ）:　　 　年　 　　月　 　 　日】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 添付書類 | | | | ⓭ | |
|  | | 受給中(予定) ➔申請の可否は“傷手 受給日額”を“雇保 基本手当日額”と同一の基準でご確認ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 添付書類 | | | | | ⓮ |
| Q２ ）出産手当金について | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 非該当 | | | | | |  | | 受給終了(予定)【  終了日（  予定日 ）:　　 　年　 　　月　 　 　日】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 添付書類 | | | | | ⓭ |
|  | | 受給中(予定) ➔申請の可否は“出手 受給日額”を“雇保 基本手当日額”と同一の基準でご確認ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 添付書類 | | | ⓮ | | |
| ❸ | 扶養対象者が１ヵ月以内に加入していた健康保険について　　　　　　　　　　　　　　　　　　＜㊟ 1.2.3.に該当する方は添付書類不要＞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 1. 被保険者(従業員)の扶養 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | 2. 国民健康保険【　 　　　 　】市区町村 | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | 3. 無保険 | | | | | | | | 添付書類 | | | | | | |
|  | | 4. 他の家族の扶養【扶養対象者と家族の続柄：　　　　　】（例) 実父・兄弟・姉妹など | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 5.→❺もしくは❾  4. 6.→❺ | | | | | | |
|  | | 5. 勤務先で加入していた【 　**○○○**　　】健康保険組合 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | 6. 勤務先の“任意継続被保険者” | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ❹ | 扶養対象者の申請日以降1年間の収入額 (収入見込額) について | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 添付  書類 | | | |
| ‘①～⑤全てについて、**あり**･**なし**のいずれかに**☑☒(チェック)**、**あり**の場合には**年額**と**合計額**を必ずご記入ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **収**  **入** | | ① 年金（国民年金・厚生年金・遺族年金・障害年金・恩給・その他） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | **なし** | | | |  | **あり** | | | | **年額** | | | | | | 円 | | | | | | ❷(❸) | | | |
| 『 **年金なし** 』の60歳以上の方は  **（Q３）**の該当箇所へご記入願います。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Q３) 扶養加入日以降、1年以内に年金を受給する(予定)はありますか？ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | **なし**【　　　 歳から受給予定】 | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | **あり**← ①へ受給予定年額を記入 | | | | | | | | |
| ② 給与・賃金等（パート・アルバイト） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | **なし** | | | |  | **あり** | | | **年額** | | | | | | | **円** | | | | | | ❶ | | | |
| ③ 自営業収入（農業・商業・漁業・販売・その他） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | **なし** | | | |  | **あり** | | | **年額** | | | | | | | **円** | | | | | | ❽ | | | |
| ④ 配当利子・家賃・資産・不動産等の収入 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | **なし** | | | |  | **あり** | | | **年額** | | | | | | | **円** | | | | | | ❻ | | | |
| ⑤その他 収入【具体的に　　　　　　　　　　　　 】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | **なし** | | | |  | **あり** | | | **年額** | | | | | | | **円** | | | | | | ❹ | | | |
| ‘　　　　　　　　　　　　　　　　①+②+③+④+⑤ **合計額** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | | | | | | **円** ★ | | | |
| **★合計額0円の方** | | | | | | | | | | | **添付書類** | | | | | | ⓯ 【但し、異動理由が**3.退職**の方は❺❾いずれか1つ／異動理由が**4.雇保受給終了**の方は❿】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ＊全てコピー可　　　　　　**添付書類一覧** | | ❶ 給与明細（直近3ヵ月） | | | | | | | | | | | | ※勤務開始から3ヵ月以内や収入減少の方は以下の書類をご提出ください。  『**収入見込証明書**(現在～1年間分)』もしくは『**雇用契約書**（賃金／賞与／通勤手当等が確認できるもの）』 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ❷ 年金（直近の振込通知書・改定通知） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ❸ 恩給証明書 | | | ❹ 各種収入証明（❶❷❸❻❽以外の収入） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ❺ 資格喪失証明書 | | | | | | | |
| ❻ 配当利子・家賃・資産・不動産（確定申告 第１･２表と収支内訳表）※共同所有等は内訳証明 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ❼ 給与明細（退職前1ヵ月） | | | | | | | | | | |
| ❽ 自営業 (前年の確定申告 第1･2表) + (前年と当年1月から申請前月末までの収支内訳表) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ❾ 退職証明（源泉徴収票・離職票など） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ❿ 雇用保険受給資格者証(両面) ㊟ 受給終了㊞あり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⓫ 雇用保険受給期間延長通知書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⓬雇用保険受給資格者証(両面) | | | | | | | | | | | | | |
| ⓭ 受給終了がわかる書類 | | | | | | | | | | | | | ⓮ 受給額がわかる書類 | | | | | | | | | | | | | | ⓯ 非課税証明書 ※証明書に金額表記がある方は余白に退職年月日を記入 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**日産自動車健康保険組合 理事長 殿**

この度、被扶養者申請のために申告した内容は上記のとおりで相違ありません。また、申告内容について、以下の事由(※)により変更が生じたため

認定要件から外れる場合には健保扶養から外す手続きを速やかに行ないます。

（※）『就職した』『収入超過』『生活費を負担しなくなった』『続柄変更』『同居⇔別居』『雇用保険(他給付金)の受給』など

◆健保扶養から外す届出の際には指定された必要書類を添付します。また、削除日は日産健保の審査により判断した日といたします。

　　　◆認定要件外となられた日以降の医療費・給付金・健診補助金等は日産健保からの返還請求に従い、必ず返金いたします。

以上、私は上記すべてについて誓約いたします。

**誓約日(記入日)**：　**2025**　年　**1** 月 **13**　日　　 **被保険者 (従業員) 氏名**： 　**日産　　太郎**