

扶養状況調書（再確認調査用）

調査対象の家族について令和 年 月 日現在の状況をお届けします。

被保険者の調書

氏名		男・女	年齢	歳	
年間収入 (給与、賞与、他)	円	月収 (年収 1/12)	円	標準報酬月額	千円

調査対象者

◎該当箇所をすべて記入してください。

氏名			
生年月日	昭・平 年 月 日生	年齢	歳
配偶者の有無 ※認定対象者が配偶者の場合には記入不要	<input type="checkbox"/> 有（その方が扶養しない理由：） <input type="checkbox"/> 無（未婚・離婚・死別）		

1. 調査対象者の状況

・現在の就労状況： <input type="checkbox"/> パート/アルバイト <input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> その他
・過去2年間の就労状況： <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート/アルバイト <input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> その他
勤務していた会社名 _____ (平・令 年 月 日退職)

●調査対象者の家族構成

調査対象者からみた、被保険者以外で16歳以上の家族について記入して下さい。

例) 対象者が母の場合→父・被保険者の兄弟姉妹など / 対象者が別居の場合→対象者の同居人など

氏名	続柄	年齢	職業	月収	同居・別居
				万円	同・別
				万円	同・別
				万円	同・別
				万円	同・別
				万円	同・別

2. 別居のとき 被保険者と同一世帯に属していない場合

・同居していない理由： <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 通学による <input type="checkbox"/> その他（）
・別居先では他に同居人はいますか： <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる（対象者との関係：） （その方が扶養しない理由）
・被保険者からの1ヶ月の仕送り額：毎月約 万円送金（年間約 万円送金）
・被保険者以外からの仕送り： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある 毎月約 万円

注 意	○同じ住居であっても住民票が別世帯の場合も仕送りが必要です。
	○下記の場合は扶養を継続できません。
	・毎月送金していない
	・毎月の送金額が認定対象者又は同居人の収入より少ない
	・振込明細の控や通帳の写し等で送金の事実確認ができない（手渡しは不可）

3. 収入状況

●雇用（失業）保険

- 受給申請予定（延長含む）（申請予定時期：_____年_____月頃）
- 待機又は給付制限期間中（受給開始日：_____年_____月_____日から）
- 受給している 日額：_____円
- 受給しない
- 加入期間不足 雇用保険未加入 就労の意思がない その他（_____）
- 受給終了

●出産手当金・傷病手当金・休業（補償）給付

- 無 有 日額：_____円
- 出産（予定）日： 令_____年_____月_____日

注意 ○日額が 3,612 円 / (5,000 円 * 1) 以上の受給をしている間は扶養を継続できません。
○基準を超える金額の受給が開始した場合は速やかに扶養減少届を提出のこと。

●給与収入（パート・アルバイト収入等）

※交通費等含めた総支給額を記入 無 有 月収 _____円

年額 _____円①

●不動産・農業・事業収入（自営業等）

無 有 年額 _____円②

●年金収入 *該当する年金に○をつけてください。

・（老齢・厚生・共済・障害・遺族・寡婦）年金 無 有 年額 _____円③

※労災保険含む ※税金等控除前の金額を記入

※65 歳以上で年金収入がない理由：_____

・厚生年金基金・企業年金・個人（私的）年金 無 有 年額 _____円④

●生活保護（生活扶助、医療扶助など） 無 有 年額 _____円⑤

●その他（_____） 無 有 月収 _____円

例) 利子・配当・株式等の運用収入 年額 _____円⑥

被保険者以外からの生活援助 等詳細に

収入（①～⑥）合計 _____円

注意 ○①～⑥の収入については現在、もしくは今後 1 年間の収入の見通しを記入してください。
○対象者の収入が、年収 130 万円 / 月収 108,334 円（年収 180 万円 / 月収 150,000 円 * 1）未
満であること。（年収は 1～12 月の合計額ではありません。）
かつ、対象者の年収が被保険者の年収の 1/2 未満であること。

(*1) 60 歳以上又は年金受給者

《誓約書》

今回被扶養者として再確認する者の内容に虚偽がないことを申告いたします。事実と相違していたことが判明した際には資格の取消又は喪失となることを了承し、その期間中の医療費等を返納します。また、扶養の基準を満たさなくなった場合には速やかに減少の届出をいたします。

記号・番号 _____

被保険者氏名 _____

印 _____