

## 扶養状況調査書 (B)

(配偶者・子以外の申請用)

日本ヒューレット・パッカート健康保険組合 殿

下記の通り申請致します。尚、今後、被扶養者の状況に変更が生じた際はすみやかに資格削除の届出を行います。  
また、当調査書に事実と相違したことを記載した場合は認定日を遡って被扶養者の資格を取り消して頂くと共に、  
医療費・保険給付費・保健施設利用料など返済することを約束します。

記入日	年 月 日
被保険者(社員)氏名	

この扶養状況調査書では、被保険者(社員本人)と申請対象者の生計維持関係について扶養認定の基準内であるかどうかの確認を行います。

《注意事項》

- ① 全ての設問は扶養認定審査をするために必要な情報となっています。該当するすべての□にチェック、または□を■に変更してください。
- ② 申請対象者の被扶養者資格については、健康保険組合で審査のうえ決定いたします。申請すれば必ず認定されるものではありません。
- ③ 申請内容によっては、追加で書類の提出をお願いすることがありますのでご了承ください。
- ④ 同時に申請する対象者が複数いる場合は、個別に起票ください。

## 1. 扶養家族として申請する対象者について

申請対象者の氏名	続柄	直近に加入していた健康保険名	世帯の別	添付書類
	<input type="checkbox"/> 実父母 <input type="checkbox"/> 義父母※1 <input type="checkbox"/> その他※2 ( )		<input type="checkbox"/> 同世帯 <input type="checkbox"/> 別世帯	(1) (2)

※1. 同世帯が条件になります。 ※2. 被保険者の祖父母、曾祖父母、兄弟姉妹以外は同世帯が条件となります。

## 2. 申請事由について

申請事由	確認事項	添付書類
<input type="checkbox"/> 被保険者(社員)の入社・任意継続への加入		
<input type="checkbox"/> 申請対象者の失業給付受給終了による		
<input type="checkbox"/> 申請対象者の退職による	●退職理由⇒ <input type="checkbox"/> 妊娠(出産予定日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 定年 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> その他自己都合 <input type="checkbox"/> 会社都合	
<input type="checkbox"/> その他 ( )	●その事由が発生した日: 年 月 日	

●「出生による」場合を除き、事由発生日から1か月以上経過している場合、本申請が遅延した理由(任意記入)

- 他の健康保険制度(国保含む)に加入していた  申請忘れ等自己の都合による  
 その他( )

※天災・入院等のやむを得ない理由を除き、事由発生より1か月以上経過している場合は必要書類一式が健保に提出され、健保が扶養の事実を確認する事が出来た日が認定日となります

## 3. 申請対象者の収入について

申請対象者	確認事項	添付書類	収入について
<input type="checkbox"/> 中学生以下		不要	4へお進みください
<input type="checkbox"/> 高校生以上の学生かつ収入なし		(15)	
<input type="checkbox"/> 前々年の1月1日以降、継続して収入なし		(11)	
<input type="checkbox"/> 前々年の1月1日より前に離職、現在収入なし	●退職日: 年 月 日		Aへお進みください
<input type="checkbox"/> 高校生以上の学生かつ収入あり		(15)	Bへお進みください
<input type="checkbox"/> 収入あり (パート・アルバイト・年金等含む)			

ここからは、申請対象者の収入について被扶養者となる限度額内であるかどうかの確認を行います。

## A 前々年の1月1日より前に離職し、現在収入なし

雇用保険の失業給付について	確認事項	添付書類
<input type="checkbox"/> 受給する	●受給開始(予定): 年 月	【注】 受給を開始した場合は、すみやかに被扶養者から外す手続きが必要です
<input type="checkbox"/> 受給延長する ●延長理由:	●延長(予定): 年 月 まで	
<input type="checkbox"/> 受給しない	【注】 失業給付を受けることとなった場合は、被扶養者から外す手続きが必要です	(7)
<input type="checkbox"/> 受給(権)なし (雇用保険未加入)		(8)
<input type="checkbox"/> 受給(権)なし (加入期間不足)		(9)
<input type="checkbox"/> 受給終了済		(10)

## B 現在、収入がある（パート・アルバイト・年金等含む）

### B-1 収入の月額と年間見込みについて

※月額収入とは、**交通費・各種手当等を含む** 税控除前の総支給額で、**直近3ヶ月の平均**となります

年齢60歳未満で、収入が <b>月平均108,333円</b> 以下 かつ年間見込み収入が130万円未満に	<input type="checkbox"/> 該当する	→ <b>B-2</b> へお進みください
	<input type="checkbox"/> 該当しない	→ 被扶養者の申請をすることができません
年齢60歳以上または障害者で収入が <b>月平均150,000円</b> 未満 かつ年間見込み収入が180万円未満に	<input type="checkbox"/> 該当する	→ <b>B-2</b> へお進みください
	<input type="checkbox"/> 該当しない	→ 被扶養者の申請をすることができません

### B-2 収入の種類について

※該当がない項目には、「□なし」にチェック、または「■なし」に変更してください。

収入の種類		収入状況	月額収入（事由発生日以降の収入見込）	年額収入（事由発生日以降の収入見込）	添付書類	
1	給与収入	<input type="checkbox"/> なし	約 円/月	約 円/年	(12)	
2	各種年金	老齢年金	<input type="checkbox"/> なし	約 円/月	約 円/年	(13)
		遺族年金	<input type="checkbox"/> なし	約 円/月	約 円/年	
		障害年金	<input type="checkbox"/> なし	約 円/月	約 円/年	
		共済年金	<input type="checkbox"/> なし	約 円/月	約 円/年	
		企業年金	<input type="checkbox"/> なし	約 円/月	約 円/年	
3	事業収入・その他	<input type="checkbox"/> なし	約 円/月	約 円/年	(14)	
4	各種給付（失業・傷病手当・出産手当等）	<input type="checkbox"/> なし	約 円/日			
5	被保険者以外による生計負担費等	<input type="checkbox"/> なし	約 円/月	約 円/年		
合計			⑦ 約 円/月	① 約 円/年		

5の判定に使用します

## 4.被保険者（社員）以外の扶養義務者について

●申請対象者には、被保険者（社員）の他に、配偶者など扶養義務者がいますか？

<input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> 死別	<input type="checkbox"/> 離別	<input type="checkbox"/> 未婚	<input type="checkbox"/> その他( )
<input type="checkbox"/> いる	下の欄に扶養義務者についてご記入ください			

●扶養義務者とは

- (例1) 申請対象者が母の場合 → 母の配偶者(父)や兄弟姉妹  
(例2) 兄弟姉妹の場合 → 被保険者(社員)の親・他の兄弟姉妹

扶養義務者の氏名	続柄	職業	年間収入額	世帯の別	申請対象者への仕送・生計負担額(月額)	扶養できない理由
			円	<input type="checkbox"/> 同世帯 <input type="checkbox"/> 別世帯	円	
			円	<input type="checkbox"/> 同世帯 <input type="checkbox"/> 別世帯	円	

扶養義務者の収入について、確認させていただくことがあります。

## 5.生計維持関係について

主に被保険者によって生計を維持されていることが認定の条件となります

申請対象者の生計費	被保険者(社員)による申請対象者の生計負担額(別居の場合は送金額)	生計維持能力	判定	添付書類
住居費 <input type="text"/> 円 <input type="checkbox"/> 持家(名義: ) <input type="checkbox"/> 賃貸 光熱費 <input type="text"/> 円 食費 <input type="text"/> 円 被服費 <input type="text"/> 円 通信費 <input type="text"/> 円 医療費 <input type="text"/> 円 交通費 <input type="text"/> 円 他( ) <input type="text"/> 円 他( ) <input type="text"/> 円 合計 ⑦ <input type="text"/> 万円	算出式① <input type="text"/> 万円/月 ×12ヵ月 = ④ <input type="text"/> 万円 算出式②のオに転記	算出式② 被保険者年収(税込) <input type="text"/> 万円 → ⑤ <input type="text"/> 万円 ⑤ - ④ = ⑥ <input type="text"/> 万円	⑦ ≤ ⑤ × 1/2 かつ ⑦ × 1/2 ≤ ④ かつ ① + ⑥ ≤ ⑦ → 添付書類確認表をご確認ください 上記以外 → 被扶養者となることはできません	(16) ※同居は不要

※住居費や光熱費・食費について:同居家族がいて混在している場合は、その同居人数で割るなどし、申請対象者一人当たりにかかる費用としてご記入ください。この条件を満たしていれば、被扶養者として当然に認定されるというものではありません。

記載頂いた内容等について追加で確認をさせて頂くことがあります。

以上

●申請にあたり必要な提出書類をご確認ください。

① 健康保険被扶養者(異動)届【認定】

② 扶養状況調査書(B)

③ 添付書類

→ 扶養状況調査書(B)の【添付書類】欄に記載されている番号(1)~(16)と、  
『添付書類確認表:扶養状況調査書(B)用』を照らし合わせてご確認ください。

## 添付書類確認表：扶養状況調査書(B)用

扶養状況調査書(B)の「添付書類」欄に記載されている番号(1)～(16)と、表中の番号を照らし合わせてご確認ください。

番号	種別	提出書類
個人番号(マイナンバー)に関する確認書類		
全員	-	申請対象者のマイナンバー記載がある住民票、マイナンバーカード(写)、個人番号通知書(写) ※出生・日本居住等により入手に時間がかかる場合、後日提出も可
世帯の別に関する証明書類		
(1)	同世帯	被保険者と認定対象者の●「 <u>続柄</u> 」記載の住民票
(2)	別世帯	続柄確認用の●戸籍全部事項証明書(戸籍謄本)
雇用保険の失業給付に関する証明書類		
(5)	受給する	●離職票1・2(写)または●雇用保険受給資格者証(両面写)
(6)	受給延長する	下記の①または②と職安での手続き後、●受給期間延長通知書(写) ●①離職票1・2(写)●②雇用保険受給資格者証(両面写)
(7)	受給しない	下記の①～④のいずれか ●①離職票1・2(写)②退職証明書③雇用保険資格喪失確認通知書④健康保険資格喪失証明書
(8)	同時に申請する対象者が複数いる場合は、個別に必要ください	●雇用保険未加入の記載がある退職証明書
(9)	受給(権)なし(加入期間不足)	●雇用保険資格喪失確認通知書、または●離職票1・2(写)
(10)	受給終了済	●雇用保険受給資格者証(両面写) ※裏面に支給終了の印字があるもの
収入に関する証明書類		
(11)	無収入	●非課税証明書
(12)	給与収入	●給与明細(写) 直近3ヶ月分 ※勤務実績が3か月未満の場合は、雇用契約書(写)とシフト表など
(13)	各種年金	●直近の振込通知書又は改定通知書
(14)	その他	●収入を確認できる書類(確定申告控・収支内訳書・青色申告決算書、経費内訳書・支給通知など)
義務教育を修了した子に関する証明書類		
(15)	学生	高校生以上の学生の場合は、●学生証(写)、または●在学証明書
別居の申請対象者への仕送り		
(16)	送金履歴	振込人と受取人が確認できるいずれか一つ ●直近3ヶ月の振込通知書のコピー ●被扶養者の通帳コピー