

扶養状況申告書

以下の枠内に、被扶養者として加入を希望する方【16歳（高校生）以上に限る】の状況をそれぞれ記入してください。

申告内容①	氏名	続柄	備考	被扶養者になった日から1か月以上経過して届出する場合は遅延理由を記入してください。		
	該当する項目に○印を付けてください。また、収入がある場合は金額を記入してください。					
	収入について	年金の受給（老齢・遺族・障害・その他年金）	有・無・手続中	年額・月額	円（全ての年金額の合計額）	
		パート・アルバイト等の給与	有・無	年額・月額	円（税等控除前の収入額）	
		自営業による収入	有・無	年額・月額	円（経費控除前の収入額）	
		利子、配当、家賃、不動産等の収入	有・無	年額・月額	円（経費控除前の収入額）	
		社会保険等給付（傷病手当金・出産手当金等）	有・無・手続中	日額・月額	円（日額又は月額の給付額）	
		その他の収入（ ）	有・無・手続中	年額・月額	円	
雇用保険	雇用保険の失業等給付について、該当する項目に✓印を付けてください。受給期間延長中の場合は理由も記入してください。 <input type="checkbox"/> 受給資格があるが受給しない ・ <input type="checkbox"/> 受給手続中である ・ <input type="checkbox"/> 待期間中である ・ <input type="checkbox"/> 給付制限期間中である <input type="checkbox"/> 受給期間延長中である（延長理由： ） ・ <input type="checkbox"/> 受給中である ・ <input type="checkbox"/> 受給が終了した ・ <input type="checkbox"/> 受給資格がない					

申告内容②	氏名	続柄	備考	被扶養者になった日から1か月以上経過して届出する場合は遅延理由を記入してください。		
	該当する項目に○印を付けてください。また、収入がある場合は金額を記入してください。					
	収入について	年金の受給（老齢・遺族・障害・その他年金）	有・無・手続中	年額・月額	円（全ての年金額の合計額）	
		パート・アルバイト等の給与	有・無	年額・月額	円（税等控除前の収入額）	
		自営業による収入	有・無	年額・月額	円（経費控除前の収入額）	
		利子、配当、家賃、不動産等の収入	有・無	年額・月額	円（経費控除前の収入額）	
		社会保険等給付（傷病手当金・出産手当金等）	有・無・手続中	日額・月額	円（日額又は月額の給付額）	
		その他の収入（ ）	有・無・手続中	年額・月額	円	
雇用保険	雇用保険の失業等給付について、該当する項目に✓印を付けてください。受給期間延長中の場合は理由も記入してください。 <input type="checkbox"/> 受給資格があるが受給しない ・ <input type="checkbox"/> 受給手続中である ・ <input type="checkbox"/> 待期間中である ・ <input type="checkbox"/> 給付制限期間中である <input type="checkbox"/> 受給期間延長中である（延長理由： ） ・ <input type="checkbox"/> 受給中である ・ <input type="checkbox"/> 受給が終了した ・ <input type="checkbox"/> 受給資格がない					

申告内容③	氏名	続柄	備考	被扶養者になった日から1か月以上経過して届出する場合は遅延理由を記入してください。		
	該当する項目に○印を付けてください。また、収入がある場合は金額を記入してください。					
	収入について	年金の受給（老齢・遺族・障害・その他年金）	有・無・手続中	年額・月額	円（全ての年金額の合計額）	
		パート・アルバイト等の給与	有・無	年額・月額	円（税等控除前の収入額）	
		自営業による収入	有・無	年額・月額	円（経費控除前の収入額）	
		利子、配当、家賃、不動産等の収入	有・無	年額・月額	円（経費控除前の収入額）	
		社会保険等給付（傷病手当金・出産手当金等）	有・無・手続中	日額・月額	円（日額又は月額の給付額）	
		その他の収入（ ）	有・無・手続中	年額・月額	円	
雇用保険	雇用保険の失業等給付について、該当する項目に✓印を付けてください。受給期間延長中の場合は理由も記入してください。 <input type="checkbox"/> 受給資格があるが受給しない ・ <input type="checkbox"/> 受給手続中である ・ <input type="checkbox"/> 待期間中である ・ <input type="checkbox"/> 給付制限期間中である <input type="checkbox"/> 受給期間延長中である（延長理由： ） ・ <input type="checkbox"/> 受給中である ・ <input type="checkbox"/> 受給が終了した ・ <input type="checkbox"/> 受給資格がない					

誓約欄

本申告書に記載した内容は事実と相違ありません。また、記載内容に変更が生じ、扶養から外れる状況に至った場合は、遅滞なく扶養削除の届出をします。また、記載内容が事実と相違していることが判明した場合は、遡及して扶養削除されても異議はなく、遡及した期間に既に支払われた保険給付等については、神奈川県建設業健康保険組合の請求に基づき速やかに返還することを誓約します。

令和 年 月 日 被保険者氏名