

要 返 却
9月24日(金) 必着

住友理工健康保険組合
(公印省略)

【健康保険被扶養者資格調査書】

▼下記の対象者について該当事実に相違ありません。調査書が複数枚ある場合は、被保険者欄は1枚のみご記入ください。

被 保 険 者	フリガナ 氏 名		日中 連絡先	
	現在の 居住地			
	住民票の 住所			

▼現在の状況をご記入ください。

対 象 者	フリガナ 氏 名		生 年 月 日		性 別		続 柄	
	現在の 居住地							
	住民票の 住所							
	職業等	☐ (1) 給与所得者 ☐ (2) 自営業 ☐ (3) 無 職 ☐ (4) 学 生		備 考				
	同別居	☐ (1) 同居 ☐ (2) 別居						
	配偶者	☐ (1) 有 ☐ (2) 無 → ☐ 未婚 ☐ 離別 ☐ 死別 (※死別の場合遺族年金の受給はありますか ☐ はい ☐ いいえ)						

パターンB 父・母・その他

※2021年9月1日現在の状況をご記入ください

必 須	必要提出書類		取得先
	☒ 必須提出書類	①対象者の令和3年度(令和2年1月～12月分)所得証明書(課税証明書)[原本] ※無職・無収入の方も必要(冊子P6の所得証明書の交付申請に際してのお願い(ゼロ円申告の希望)をご利用ください。)	市区町村役場
	☐ 右記の場合は ☑のうえ不要とする	②被保険者が生活費を負担していることが確認できる書類[コピー] ☐ 2021年1月1日時点で住民票がない方 ☐ 海外に居住している方 ↳ 海外からの転入が確認できる住民票を提出してください。	裏面参照

<収入状況確認>

該 当 項 目	☐ 給与収入がある方 (パート・アルバイト含む)	☐ 雇用証明書(同封の書類)[原本] ※勤務先で証明がもらえない場合、2021年1月以降に受け取ったすべての給与明細書のコピー。	勤務先 (2カ所以上で就労している 場合はそれぞれの勤務先)
	☐ 2020年1月1日以降に 退職した方 (パート・アルバイト含む)	退職年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	—
	☐ 年金収入がある方	☐ 直近の年金振込通知書[コピー]または 年金額改定通知書[コピー] ※厚生年金・国民年金(老齢・障害・遺族)、企業年金、私的年金等受給しているすべて。 ※金額・受給者氏名の記載があるすべての面のコピー。 ※再発行依頼はお近くの年金事務所または発行元にご連絡ください。	日本年金機構・ 年金事務所等
	☐ 手当を受給している方	☐ 手当の受給金額がわかるもの[コピー] ※雇用保険失業給付、傷病手当金、出産手当金等すべての面のコピー。	ハローワーク等
	☐ 給与・年金・手当 以外の収入がある方	☐ 令和2年分確定申告書(控)[コピー]と 収支内訳書[コピー]または 青色申告決算書[コピー] ※個人収入・不動産収入・株式配当金、農業収入等。	税務署等
	☐ 経費の申請をする方	収入が130万円(60歳以上の方は180万円)以上となり、直接的必要経費を申請したいとき ☐ a: 直接的必要経費申告書[原本]と ☐ b: 直接的必要経費部分の元帳[コピー]と c: 証憑書類[コピー]	a: 当健康保険組合 ホームページより ダウンロード
	☐ 被保険者と 別居中の方 ↳ ☐ 施設入所の場合	☐ 別居世帯の住民票[原本] ※世帯主・続柄があり、マイナンバーのないもの ※2021年8月1日以降発行のもの ☐ 2020年9月～2021年8月の連続12カ月分の送金証拠書類[コピー] ※振込明細[コピー]、通帳[コピー]等、送金元と送金先の氏名、送金額、送金日が確認できるもの ☐ 施設に入所している場合は 施設入所証明書	市区町村役場 銀行等 入所先

裏面の <生活状況確認> にもご記入が必要です。

生活状況確認 とは

健康保険法第3条第7項各号において被扶養者の認定要件として「主としてその被保険者により生計を維持する者」と定められています。

被保険者により生計が維持されている扶養家族であることを確認するため、被保険者が生活費を負担していることが確認できる書類のご提出および以下の項目のご記入をお願いします。

被保険者が生活費を負担していることが確認できる書類 とは

- 賃貸契約書〔コピー〕 + 通帳〔コピー〕
- 住宅ローン返済予定表〔コピー〕
- 公共料金領収書(電気・ガス・水道)〔コピー〕

被保険者が主に負担している生活費について
いずれか1部の提出が必要です。

<生活状況確認>

調査対象者世帯についての質問事項	チェック項目記入欄																		
1 カ月あたりの生活費をご記入ください。	世帯全体で1カ月あたり 約 _____ 万円																		
被保険者が負担している生活費の項目にチェック☑ のうえ、1 カ月あたりの負担額をご記入ください。	<table><thead><tr><th>被保険者が主に負担している項目</th><th>被保険者の負担額</th></tr></thead><tbody><tr><td>☐ 家賃 または ローン ☐ 通信費 ☐ 食費 ☐ 自動車関係(ローン・ガソリン等) ☐ 水道光熱費(電気・ガス・水道) ☐ その他(_____)</td><td>1 カ月あたり 約 _____ 万円</td></tr></tbody></table>	被保険者が主に負担している項目	被保険者の負担額	☐ 家賃 または ローン ☐ 通信費 ☐ 食費 ☐ 自動車関係(ローン・ガソリン等) ☐ 水道光熱費(電気・ガス・水道) ☐ その他(_____)	1 カ月あたり 約 _____ 万円														
被保険者が主に負担している項目	被保険者の負担額																		
☐ 家賃 または ローン ☐ 通信費 ☐ 食費 ☐ 自動車関係(ローン・ガソリン等) ☐ 水道光熱費(電気・ガス・水道) ☐ その他(_____)	1 カ月あたり 約 _____ 万円																		
調査対象者が負担している生活費の項目にチェック☑ のうえ、1 カ月あたりの負担額をご記入ください。	<table><thead><tr><th>調査対象者が主に負担している項目</th><th>調査対象者の負担額</th></tr></thead><tbody><tr><td>☐ 家賃 または ローン ☐ 通信費 ☐ 食費 ☐ 自動車関係(ローン・ガソリン等) ☐ 水道光熱費(電気・ガス・水道) ☐ その他(_____)</td><td>1 カ月あたり 約 _____ 万円</td></tr></tbody></table>	調査対象者が主に負担している項目	調査対象者の負担額	☐ 家賃 または ローン ☐ 通信費 ☐ 食費 ☐ 自動車関係(ローン・ガソリン等) ☐ 水道光熱費(電気・ガス・水道) ☐ その他(_____)	1 カ月あたり 約 _____ 万円														
調査対象者が主に負担している項目	調査対象者の負担額																		
☐ 家賃 または ローン ☐ 通信費 ☐ 食費 ☐ 自動車関係(ローン・ガソリン等) ☐ 水道光熱費(電気・ガス・水道) ☐ その他(_____)	1 カ月あたり 約 _____ 万円																		
調査対象者と同居している家族と、その方が負担する 1 カ月あたりの生活費をご記入ください。 ※被保険者および調査対象者以外	<table><thead><tr><th>調査対象者と同居している家族</th><th>調査対象者との続柄</th><th>負担額</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td>_____ 万円</td></tr><tr><td></td><td></td><td>_____ 万円</td></tr><tr><td></td><td></td><td>_____ 万円</td></tr><tr><td></td><td></td><td>_____ 万円</td></tr><tr><td></td><td></td><td>_____ 万円</td></tr></tbody></table>	調査対象者と同居している家族	調査対象者との続柄	負担額			_____ 万円			_____ 万円			_____ 万円			_____ 万円			_____ 万円
調査対象者と同居している家族	調査対象者との続柄	負担額																	
		_____ 万円																	
		_____ 万円																	
		_____ 万円																	
		_____ 万円																	
		_____ 万円																	
調査対象者と別居している家族と、その方が生活費 を援助している場合は1 カ月当たりの援助額を ご記入ください。 ※被保険者は記入不要	<table><thead><tr><th>調査対象者と別居している家族</th><th>調査対象者との続柄</th><th>援助額</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td>_____ 万円</td></tr><tr><td></td><td></td><td>_____ 万円</td></tr><tr><td></td><td></td><td>_____ 万円</td></tr></tbody></table>	調査対象者と別居している家族	調査対象者との続柄	援助額			_____ 万円			_____ 万円			_____ 万円						
調査対象者と別居している家族	調査対象者との続柄	援助額																	
		_____ 万円																	
		_____ 万円																	
		_____ 万円																	

お問い合わせ先

住友理工健康保険組合資格調査専用コールセンター

【無料通話】平日のみ 9:00～17:00

TEL:0120-226-887