

# 家族状況報告書

常務理事	事務長	係

様式(A) 過去1年以内に就職経歴のある場合

記号/番号	000-0000	被保険者名	健保 太郎		住所	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1						
被申請者について	氏名	健保 愛子		今までの勤務先	名称	□□□□株式会社			雇用保険について	1. 受給資格なし→理由[ ] 2. 受給資格あり (A) 未受給: 離職票添付 無 (有) B. 受給中 (H . . . ~ H . . . ) C. 受給終了 (H . . . ~ H . . . ) 受給日額(      円)		
	生年月日	M (S) H 〇〇 . 5 . 1			所在地	〇〇県□□市□□町100						
	年齢	〇〇 歳		就業期間	S/H 〇〇〇.〇〇.〇〇 ~ H〇〇.〇〇.〇〇							
	続柄	妻		加入していた健保	名称	□□□□健康保険組合						
	職業	無職			資格喪失日	平成	年	月			日	
	税法上の扶養 事業所担当者確認印		印	現在の健康状況		良好						
	住所	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1		収入について	(無) ・ 有		年金・恩給・不動産(家賃・土地代)収入・利子収入・その他(      )				年額(      千円)	
				障害者手帳交付	(無) ・ 有		交付年月日	S/H . . .			等級      級	
	扶養に至るまでの経過及び理由			結婚前に勤めていた会社を退職した。								

# 家族状況報告書

常務理事	事務長	係

様式(B)就職経歴のない場合

記号/番号	000-0000	被保険者名	健保 太郎		住所	〒000 -0000 ○○県○○市○○町1-1				
被申請者について	氏名	1 健保 幸子	2	3	今まで扶養していた方の氏名	健保 幸一				
	生年月日	M T <input checked="" type="radio"/> H ○○. 7 . 1	M T S H . .	M T S H . .	今まで扶養していた方の職業及び勤務先	会社員 □□□□株式会社				
	年齢	○○ 歳	歳	歳						
	続柄	母			健康保険の加入	無 <input checked="" type="radio"/> [□□□□健康保険組合]				
	職業	無職			住民税	無 [理由 ]				
	税法上の扶養 事業所担当者確認印	印	現在の健康状況	良好		<input checked="" type="radio"/> [年額○○○○○円]				
	住所	〒000-0000 ○○県○○市○○町1-1	収入について	<input checked="" type="radio"/> 無・有	年金・恩給・不動産(家賃・土地代)収入・利子収入・その他( )		年額( 千円)			
		障害者手帳交付	<input checked="" type="radio"/> 無・有	交付年月日	S/H . .	等級	級			
扶養に至るまでの経過及び理由			今まで母を扶養していた、父(健保 幸一)が○○年○○月○○日に亡くなり、							
1.今までの扶養者が死亡した時は死亡年月日を記入。										
2.農業、自営業の場合は、後継者を明記 (廃業の場合は廃業年月日を記入)			同居することになった。							