

**【任意継続被保険者・定年再雇用者用】
生 計 維 持 調 査 票**

この「生計維持調査票」は、被保険者(職員本人)であるあなたからみて、新たに被扶養者(家族)として申請される方および、既に被扶養者資格のある方との身分関係や生計維持関係(生活費等の依存度)を記入していただくものです。審査する上で重要な資料となりますので、具体的にわかりやすく記入をお願いします。

下記の記入内容に間違いありません 被保険者(職員本人)氏名 _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 記号() 番号() 扶養申請者(被扶養者になろうとしている人)氏名 _____ ➡ 年齢() 才 続柄()

該当する項目に✓または記入してください。必ず記入漏れがないようにお願いします。

1 今回、被扶養者として申請する理由をどちらか選んでください。

被保険者(私)が任意継続被保険者となるため
 被保険者(私)が定年して再雇用となるため

※前回の被扶養者資格確認調査から、身分関係・生計維持関係の状況が変わっていなければ原則として添付書類は不要です。
 状況によっては、健保組合から追加で確認書類を依頼することがあります。

2 扶養申請者の現在の状況

無職
 パート・アルバイト
 学生のため(高校生以上は在学証明書または学生証のコピーを添付)
 中学生以下 高校生 大学(院)生 専門学校生
 高校生以上の場合、学校名 _____ 卒業予定 _____ 年 _____ 月
 その他() _____

3 住居について

同一住宅に同居
 2世帯住宅または共同住宅の別戸
 同一敷地内の別棟
 別居

① 仕送り額 _____ 万円/月
 ② 別居理由 単身赴任 通学
 施設入所等 (施設名称) _____
 その他 具体的理由 _____

4 扶養申請者の今後の収入の有無について

① 勤労収入 あり(直近三ヶ月の給与明細を添付) なし
 月平均労働日数 _____ 日(1日あたりの勤務時間 _____ 時間) 月平均給与(総額支給額) _____ 万円位/月
 ※申請者が自営業・農業の「専従者」の場合、こちらにご記入ください。
 ※働き始めて間もない等の理由で直近三ヶ月の実績がない方は雇用契約書を添付

② 自営業収入 あり(直近の確定申告書A・B、収支内訳書の写を添付) なし
 業種 _____ /年間収入額(経費を差し引いていない額) _____ 万円(見込含)
 ※自営業を始めて間もない等の理由で確定申告関係書類がない方は売上等がわかる書類を添付

③ 年金収入 あり(支払通知書の写しを添付) 今後1年以内に受給予定(_____ 年 _____ 月から) なし

年金の種類	<input type="checkbox"/> 老齢年金 (<input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> その他)	年額 _____ 円
	<input type="checkbox"/> 遺族年金 (<input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> その他)	年額 _____ 円
	<input type="checkbox"/> 障害年金 (<input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> その他)	年額 _____ 円
	<input type="checkbox"/> 企業年金	年額 _____ 円
	<input type="checkbox"/> 個人年金	年額 _____ 円
	<input type="checkbox"/> その他 (種類 _____)	年額 _____ 円

※受給予定の場合、見込額を記入

④ その他収入 あり(証明する書類を添付) なし

<input type="checkbox"/> 不動産収入(家賃収入など)	(_____ 年分) 年間収入額(経費を差し引いていない額)	_____ 万円
<input type="checkbox"/> 配当所得		_____ 万円
<input type="checkbox"/> 被保険者以外からの仕送り	支援者氏名 _____ 続柄() _____	_____ 万円
<input type="checkbox"/> 傷病手当金 (傷病名 _____ / 受給開始 _____ 年 _____ 月~)		_____ 万円
<input type="checkbox"/> その他 内容 _____	(_____ 年分) 年間収入額(経費を差し引いていない額)	_____ 万円

事業所名証明欄 ※任意継続被保険者は記入不要

事業所扶養手当支給の有無 _____ 源泉徴収における扶養家族該当の有無 _____
 【有】(支給開始・開始予定 _____ 年 _____ 月) 【有】(該当・該当予定 _____ 年 _____ 月)
 【無】(理由 _____) 【無】(理由 _____)
 記載事項は、事実と相違ないことを証明します。 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

事業所名 _____ 被保険者の年収額 _____ 万円
 事業主名 _____
 静岡県農業団体健康保険組合 理事長 殿

受付印

【備考】