

# 扶 養 理 由 書

【記入例】同居（表面）

## 1 認定対象者について

氏名	共済 次郎		続柄	長男	配偶者の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無（死別 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 1px;">その他</span> ）				
職業の有無（いずれかに○）	有	就労中	職種	アルバイト		所在地	大分市〇〇町1-1			
		・ 自営業	勤務形態（勤務時間、勤務日数、時給など） 又は 事業形態（規模、稼働日数、従業員数など）							
	週5日勤務 1日6時間 時給680円									
無	在学中	学 校 名			学 年	年制	年生			
	退 職	(注)扶養の事実発生日以前1年以内に退職している場合は以下の項目を必ず記入してください。								
		退職事業所名				退職年月日	令和	年	月	日
		雇用保険の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 支給終了 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 申請中 令和 年 月頃受給予定 <input type="checkbox"/> 支給終了 令和 年 月 日まで 日額 円						
現在加入中の医療保険	区分	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者	制度	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険・健保組合 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input checked="" type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> その他( )						
扶養手当の支給状況	<input type="checkbox"/> 支給有 / <input checked="" type="checkbox"/> 支給無 → <input checked="" type="checkbox"/> 認定対象者に係る扶養手当を他者が受給していないことを申し立てます(※1)									

※1 組合員以外 認定対象者に対する扶養手当を受給している場合は認定できません。

扶養手当の支給の有無を記入してください。扶養手当の支給が無い場合は、組合員以外の他者が認定対象者に係る扶養手当を受給していないことを確認のうえ、右記の申し立てにチェックを記入してください。

										認定対象者の配偶者の収入(※2)
①										円
②										円
③給与収入	年額	979,200 円		年額	円					
④事業・農業・不動産収入	年額	0 円		年額	円					
⑤利子・配当収入	年額	0 円		年額	円					
⑥雇用保険・傷病手当金	日額	円×支給日数	日	日額	円×支給日数	日				
	= 年額	0 円		= 年額	円					
⑦その他 ( )	年額	0 円		年額	円					
①～⑦の年額合計		年額 A	979,200 円		年額 B	円				

※2 認定対象者が組合員の配偶者（内縁含む）の場合、「認定対象者の配偶者の収入」欄は記入不要です。

## 3 組合員の世帯構成

組合員と同居しているご家族を記入してください。

氏 名	続柄	年齢	職業	現在加入中の医療保険制度 (該当する項目に○を記入)				年収	
				区分	本人	制度		給与	
共済 太郎	組合員	55		区分	本人	制度	共済組合	給与	7,010,000 円
								年金	0 円
								事業	0 円
								計	7,010,000 円
共済 花子	妻	52	パート	区分	本人	制度	国保・社保・任意継続・共済	組合員の被扶養者	960,000 円
					被扶養者		未加入・その他( )		
共済 次郎	長男	26	アルバイト	区分	本人	制度	国保・社保・任意継続・共済	組合員の被扶養者	979,200 円
					被扶養者		未加入・その他( )		
共済 桜子	長女	23	アルバイト	区分	本人	制度	国保・社保・任意継続・共済	組合員の被扶養者	720,000 円
					被扶養者		未加入・その他( )		
共済 一郎	父	77	無職	区分	本人	制度	国保・社保・任意継続・共済	組合員の被扶養者	840,000 円
					被扶養者		未加入 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 1px;">その他(後期高齢)</span>		
共済 ツル	母	76	無職	区分	本人	制度	国保・社保・任意継続・共済	組合員の被扶養者	720,000 円
					被扶養者		未加入 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 1px;">その他(後期高齢)</span>		
別居認定用 世帯生計費(※3)				組合員世帯人数				組合員世帯の合計年収	
				C				人 D	
								円	

※3 認定対象者が別居している場合は記入してください。表中「組合員の被扶養者」に○を記入したご家族と組合員を含めた

認定対象者が組合員と同居している場合は記入不要です。別居の認定対象者

は別居の認定対象者とは別々に記入することができます。

以下、4～5は認定対象者が別居の場合に記入してください

**【記入例】同居（裏面）**

#### 4 別居の認定対象者の世帯構成

別居の認定対象者と同居するご家族全員（認定対象者を除く）を記入してください。

同居者	氏名	組合員との 続柄	年齢	職業	現在加入中の医療保険制度 (該当する項目に○を記入)				年収	
					区分	本人 被扶養者	制度	国保・社保・任継・共済 未加入・その他( )		組合員の 被扶養者
□有					区分	本人 被扶養者	制度	国保・社保・任継・共済 未加入・その他( )	組合員の 被扶養者	円
					区分	本人 被扶養者	制度	国保・社保・任継・共済 未加入・その他( )	組合員の 被扶養者	円
□無					区分	本人 被扶養者	制度	国保・社保・任継・共済 未加入・その他( )	組合員の 被扶養者	円

#### 5 一人当たりの年額(生計費)の計算

学生(夜間・定時制・通信制の学生を除く)・施設入居者・単身赴任による別居の場合は記入不要です。

認定対象者へ仕送りをする場合、次の条件を満たす必要があります。

- ① 仕送りは、認定対象者の年間収入(仕送り額を除く)の1/2以上、かつ月5万円以上の額を毎月振込みしていること
- ② 仕送り後の認定対象者一人当たりの年額が、組合員世帯一人当たりの年額を下回ること

認定対象者への仕送り年額	認定対象者の配偶者への仕送り年額
円/月×12月 = <b>E</b> 円	円/月×12月 = <b>F</b> 円

【認定対象者に配偶者がいる場合】

組合員世帯の合計年収 <b>D</b> 仕送り年額 <b>E+F</b> <input type="text"/> - <input type="text"/> <hr/> 組合員世帯人数 <b>C</b> <input type="text"/> 組合員世帯一人当たり年額 <input type="text"/> 円	>	認定対象者の夫婦合計年収 <b>A+B</b> 仕送り年額 <b>E+F</b> <input type="text"/> + <input type="text"/> <hr/> 2 認定対象者一人当たり年額 <input type="text"/> 円
--	---	---

【認定対象者に配偶者がいない場合】 ※認定対象者が組合員の配偶者の場合はこちらの式を使用してください。

組合員世帯の合計年収 <b>D</b> 仕送り年額 <b>E</b> <input type="text"/> - <input type="text"/> <hr/> 組合員世帯人数 <b>C</b> <input type="text"/> 組合員世帯一人当たり年額 <input type="text"/> 円	>	認定対象者の年収 <b>A</b> 仕送り年額 <b>E</b> <input type="text"/> + <input type="text"/> 認定対象者一人当たり年額 <input type="text"/> 円
--	---	--

#### 6 扶養しなければならない理由

認定対象者の現況、他の扶養義務者の状況、組合員が扶養しなければならない事情を詳しく記入してください。

(例)長男 次郎は、令和××年の3月に大学を卒業しましたが、就職先が決まらず現在はアルバイトをしながら  
 就職活動も続けています。  
 アルバイトのため、健康保険も無く収入も少ないため、私が扶養しています。  
 アルバイトの証明は別紙のとおりです。

私が扶養していることの実態は、上記のとおりであることを申し立てます。  
 なお、扶養の事実・理由が消滅した場合(収入増加や認定対象者一人当たりの年額が、組合員世帯一人当たりの年額を上回った場合等)は、速やかに連絡することを確約します。

令和 **XX** 年 **4** 月 **10** 日      組合員氏名      **共済 太郎**

(注意) 収入が被扶養者認定基準額以上となった場合、他の健康保険の資格を取得した場合等、被扶養者資格の取消事由が発生した場合には速やかな届出をお願いします。また、上記内容に相違がある場合については、遡って被扶養者資格を取消す場合もあります。

# 扶 養 理 由 書

【記入例】別居（表面）

## 1 認定対象者について

氏名	共済 桜子		続柄	長女	配偶者の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無（死別 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">その他</span> ）		
職業の有無（いずれかに○）	有	就労中・自営業	職種	所在地				
			勤務形態（勤務時間、勤務日数、時給など） 又は 事業形態（規模、稼働日数、従業員数など）					
	無	退職	在学中	学 校 名	学 年	年制	年生	
			(注)扶養の事実発生日以前1年以内に退職している場合は以下の項目を必ず記入してください。					
退職事業所名			△△△株式会社		退職年月日	令和 XX 年 3 月 31 日		
雇用保険の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 申請中	令和 XX 年 7 月頃受給予定					
	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 支給終了	令和 年 月 日まで	日額	円			
現在加入中の医療保険	区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	制度	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険・健保組合 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input checked="" type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> その他( )				
扶養手当の支給状況	<input type="checkbox"/> 支給有 / <input checked="" type="checkbox"/> 支給無 → <input checked="" type="checkbox"/> 認定対象者に係る扶養手当を他者が受給していないことを申し立てます(※1)							

※1 組合員以外の他者が認定対象者に係る扶養手当を受給している場合は認定できません。

## 2 認定対象者等

扶養手当の支給の有無を記入してください。扶養手当の支給が無い場合は、組合員以外の他者が認定対象者に係る扶養手当を受給していないことを確認のうえ、右記の申し立てにチェックを記入してください。

収入の種類	年額	円
①公的年金(老齢・遺族)	年額	円
②その他の年金(個人)	年額	円
③給与収入	年額	円
④事業・農業・不動産収入	年額	0 円
⑤利子・配当収入	年額	0 円
⑥雇用保険・傷病手当金	日額 × 支給日数	円
⑦その他 ( )	年額	0 円
①～⑦の年額合計	年額 A	0 円

※2 認定対象者が組合員の配偶者(内縁含む)の場合、「認定対象者の配偶者の収入」欄は記入不要です。

## 3 組合員の世帯構成

組合員と同居しているご家族を記入してください。

氏名	続柄	年齢	職業	現在加入中の医療保険制度 (該当する項目に○を記入)			年収
				区分	本人	制度	
共済 太郎	組合員	55		区分	本人	制度	給与 7,010,000 円 年金 0 円 事業 0 円 計 7,010,000 円
共済 花子	妻	52	会社員	区分	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">本人</span>	制度	国保・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">社保</span> ・任意継続・共済 未加入・その他( ) 組合員の被扶養者
共済 梅子	二女	26	無職	区分	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">本人</span>	制度	国保・社保・任意継続・共済 未加入・その他( ) <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">組合員の被扶養者</span>

認定対象者が別居の場合は記入してください。

世帯人数、世帯の合計年収には、「組合員の被扶養者」に○で囲んだご家族と組合員を合わせた合計人数、合計年収を記入してください。※組合員夫婦（同居に限る）が共同で認定対象者に仕送りをする場合は、組合員でない配偶者を世帯人数、世帯の合計年収に加えることができます。

別居認定用 世帯生計費(※3)	組合員世帯人数	組合員世帯の合計年収
C	2 人	D 7,010,000 円

※3 認定対象者が別居の場合に記入してください。表中「組合員の被扶養者」に○を記入したご家族と組合員を含めた世帯の合計人数および合計年収を記入してください。なお、組合員夫婦（同居に限る）が共同で別居の認定対象者に仕送りをする場合は、組合員の被扶養者でない配偶者を世帯人数、世帯の合計年収に加えることができます。

以下、4～5は認定対象者が別居の場合に記入してください

**【記入例】別居（裏面）**

#### 4 別居の認定対象者の世帯構成

別居の認定対象者と同居するご家族全員（認定対象者を除く）を記入してください。

同居者	氏名	組合員との 続柄	年齢	職業	現在加入中の医療保険制度 (該当する項目に○を記入)				年収	
					区分	本人 被扶養者	制度	国保・社保・任継・共済 未加入・その他( )		組合員の 被扶養者
<input type="checkbox"/> 有					区分	本人 被扶養者	制度	国保・社保・任継・共済 未加入・その他( )	組合員の 被扶養者	円
					区分	本人 被扶養者	制度	国保・社保・任継・共済 未加入・その他( )	組合員の 被扶養者	円
<input checked="" type="checkbox"/> 無					区分	本人 被扶養者	制度	国保・社保・任継・共済 未加入・その他( )	組合員の 被扶養者	円

#### 5 一人当たりの年額(生計費)の計算

学生(夜間・定時制・通信制の学生を除く)・施設入居者・単身赴任による別居の場合は記入不要です。

認定対象者へ仕送りをする場合、次の条件を満たす必要があります。

- ① 仕送りは、認定対象者の年間収入(仕送り額を除く)の1/2以上、かつ月5万円以上の額を毎月振込みしていること
- ② 仕送り後の認定対象者一人当たりの年額が、組合員世帯一人当たりの年額を下回ること

認定対象者への仕送り年額	認定対象者の配偶者への仕送り年額
130,000 円/月 × 12月 = <b>E</b> 1,560,000 円	円/月 × 12月 = <b>F</b> 円

【認定対象者に配偶者がいる場合】

<p>組合員世帯の合計年収 <b>D</b>      仕送り年額 <b>E+F</b></p> <p><input type="text"/> - <input type="text"/></p> <hr/> <p>組合員世帯人数 <b>C</b></p> <p><input type="text"/></p> <hr/> <p>組合員世帯一人当たり年額 <input type="text"/> 円</p>	<p>認定対象者の夫婦合計年収 <b>A+B</b>      仕送り年額 <b>E+F</b></p> <p><input type="text"/> + <input type="text"/></p> <hr/> <p>2</p> <hr/> <p>認定対象者一人当たり年額 <input type="text"/> 円</p>
--	---

【認定対象者に配偶者がいない場合】 ※認定対象者が組合員の配偶者の場合はこちらの式を使用してください。

<p>組合員世帯の合計年収 <b>D</b>      仕送り年額 <b>E</b></p> <p><b>7,010,000</b> - <b>1,560,000</b></p> <hr/> <p>組合員世帯人数 <b>C</b></p> <p><b>2</b></p> <hr/> <p>組合員世帯一人当たり年額 <b>2,725,000</b> 円</p>	<p>認定対象者の年収 <b>A</b>      仕送り年額 <b>E</b></p> <p><b>0</b> + <b>1,560,000</b></p> <hr/> <p>認定対象者一人当たり年額 <b>1,560,000</b> 円</p>
--	--

#### 6 扶養しなければならない理由

認定対象者の現況、他の扶養義務者の状況、組合員が扶養しなければならない事情を詳しく記入してください。

**(例)長女の桜子は、令和××年の3月に〇〇会社を退職し現在無職です。**

**就職が決まるまでの間は収入がないため、毎月13万円を仕送りして私が扶養しています。**

私が扶養していることの実態は、上記のとおりであることを申し立てます。  
 なお、扶養の事実・理由が消滅した場合(収入増加や認定対象者一人当たりの年額が、組合員世帯一人当たりの年額を上回った場合等)は、速やかに連絡することを確約します。

令和 **XX** 年 **4** 月 **10** 日      組合員氏名 **共済 太郎**

(注意) 収入が被扶養者認定基準額以上となった場合、他の健康保険の資格を取得した場合等、被扶養者資格の取消事由が発生した場合には速やかな届出をお願いします。また、上記内容に相違がある場合については、遡って被扶養者資格を取消す場合もあります。