

被扶養者申告書

所属	市民病院診療科			届出異動事由	<input checked="" type="checkbox"/> 採用 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 離婚	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 扶養者変更 <input type="checkbox"/> 収入増 <input type="checkbox"/> 収入減	<input type="checkbox"/> 個人番号変更 <input type="checkbox"/> その他 :			
職員番号				異動事由発生日	令和2年 10月 1日					
氏名	横浜 太郎			異動事由発生日	令和2年 10月 1日					
個人番号 (届出事由が個人番号 変更の場合のみ記入)				次のとおり被扶養者の申告をします。 横浜市職員共済組合理事長						
住所	神奈川県横浜市〇〇区△△町1丁目2番地3号			年 月 日						
配偶者の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無			年 月 日						
フリガナ 扶養親族等氏名 個人番号(新たに被扶養者となる場合、及び個人番号が変更 となる場合のみ記入)	続柄	性別	生年月日 年 月 日 年齢	住所	収入	申請項目	適用欄			
ヨコハマ 横浜	ハナコ 花子	妻	明大昭平 4 28歳	同居・別居 住所 神奈川県横浜市〇〇区 △△町1丁目2番地3号	種類 向こう一年間の推計額 円 種類 年間所得(1月~12月分) 円	扶養手当 増減 共済 増減 税控除 増減	手当 年月日から 共済 年月日から 税 年から			
ヨコハマ 横浜	イチロウ 一郎	子	明大昭平 30 2歳	同居・別居 住所 同上	種類 向こう一年間の推計額 円 種類 年間所得(1月~12月分) 円	扶養手当 増減 共済 増減 税控除 増減	手当 年月日から 共済 年月日から 税 年から			
			明大昭平 歳	同居・別居 住所	種類 向こう一年間の推計額 円 種類 年間所得(1月~12月分) 円	扶養手当 増減 共済 増減 税控除 増減	手当 年月日から 共済 年月日から 税 年から			
障害者等 (チェック)	<input type="checkbox"/> 1 障害者			配偶者が扶養 している親族	氏名	続柄	手当・共済・税			
					氏名	続柄	手当・共済・税			
					氏名	続柄	手当・共済・税			
				認定・喪失年月日	・	証				
				伺 年月日	・	台帳				
				決裁 年月日	・	入力				
添付書類(別紙様式等)					上記のとおり相違ないことを証明します。					
<input type="checkbox"/> 被扶養者収入状況申告書 <input type="checkbox"/> 扶養状況申立書(別紙2) <input type="checkbox"/> 扶養状況申立書(育児休業者用)(別紙3) <input type="checkbox"/> 不安定収入に係る申立書(別紙4) <input type="checkbox"/> 給与支払等証明書 <input type="checkbox"/> 送金(計画・実績)確認書 <input type="checkbox"/> 送金証明 <input type="checkbox"/> 所得等の証明 <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 記載事項証明 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本等					<input type="checkbox"/> 課税(非課税)証明書 <input type="checkbox"/> 在学証明書 <input type="checkbox"/> 採用証明(写) <input type="checkbox"/> 退職証明(写) <input type="checkbox"/> 開業届(写) <input type="checkbox"/> 廃業届(写) <input type="checkbox"/> 離職票1.2(写) <input type="checkbox"/> 雇用保険非加入者証明 <input type="checkbox"/> 雇用保険に関する確認書 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格者証(写) <input type="checkbox"/> 扶養事実届出書 <input type="checkbox"/> 組合員被扶養者証 <input type="checkbox"/> 健康保険資格喪失証明書 <input type="checkbox"/> 健康保険証(写)			<input type="checkbox"/> 組合員証等再交付申請書 <input type="checkbox"/> 組合員証等返還不能理由書 <input type="checkbox"/> 資格喪失証明発行依頼書 <input type="checkbox"/> その他の資料		
受理年月日					年 月 日					

(共済組合用)

記入欄	組合員記入方法	所属の確認・注意事項
① 所属	局区名と課(事務所)の記入	記入してあるかどうか確認してください。
② 職員番号	7桁で記入	
③ 氏名	組合員の氏名を記入	
④ 個人番号	申請者は記入しない。	記入されていないことを確認してください。マイナンバーがわかる資料の写しが提出されていることを確認してください。
⑤ 住所	組合員の住所を記入	記入してあるかどうか確認してください。
⑥ 配偶者の有無	いずれかに○をする	
⑦ 届出異動事由	届出をする事由の欄にチェック(レ点)をする。該当する事由がない場合「その他」の欄に記入	各異動事由による必要な提出、提示書類を確認してください。
⑧ 異動事由発生年月日	届出をする異動事由の発生年月日を記入	提出、提示書類で年月日を確認してください。
⑨ 届出年月日	所属の担当者に届け出を提出する年月日を記入	記入してあるかどうか確認してください。
⑩ 扶養親族等氏名	届出をする扶養親族等の氏名を正確に記入しフリガナをふる。	住民票、戸籍謄本等で正確に記入されているか確認してください。
⑪ 扶養親族の個人番号	申請者は記入しない。	記入されていないことを確認してください。マイナンバーがわかる資料の写しが提出されていることを確認してください。
⑫～⑬ 続柄、性別	新たに届出をする扶養親族等の続柄を記入し、該当する性別に○をする。続柄は組合員から見た関係	住民票、戸籍謄本等で正確に記入されているか確認してください。
⑭ 生年月日・年齢	新たに届出をする扶養親族等の生年月日・届出時点の満年齢を記入	住民票、戸籍謄本等で正確に記入されているか確認してください。
⑮ 住所	同居か別居か○をする。別居の場合は住所を記入	住民票で確認してください。 ※別居の場合、続柄・送金の条件があるので注意
⑯ 収入	上段に「収入の種類」と「向こう1年間の推計額」を記入 無収入の場合も種類「無」1年間の推計額欄に「0」と記入	事由発生日から向こう1年間の総収入額を確認してください。 ※収入基準額は各々異なるので確認してください。
⑰ 申請項目	新たに申請する項目とその増・減について○をする。 増でも減でもない場合は増・減の部分はチェックしなくて結構です。	申請の内容をみて「増」「減」を確認してください。
⑱ 適用欄	申請者は記入しない。	事由発生年月日と受理年月日から判断して適用(認定)年月日を決めます。
⑲ 障害者等	本人・扶養親族に該当区分がある場合は○をする。	障害者に該当する場合は、手帳で情報を確認してください。
⑳ 配偶者が扶養している親族	配偶者が扶養している親族がいる場合は記入	扶養手当の支給金額が変わるため注意してください。
㉑ 所属所長の証明	申請者は記入しない。	所属所長(代理人)名のゴム印を押します。
㉒ 受理年月日	申請者は記入しない。	所属の共済事務担当課で書類を受理した日を記入してください。

この申請により扶養手当の戻入が発生し、その金額が給料月額 $\frac{1}{4}$ 以内であった場合は、給与から控除することに同意します。
(※ $\frac{1}{4}$ を超える場合は、戻入方法について後日人事課から連絡します。)

年 月 日

自署または押印_____

扶養事実届出書

(1 枚のうちの 1 枚目)

職員番号	所属	組合員氏名
0 1 2 3 4 5 6	医療局病院経営本部 市民病院腎臓内科	横浜 太郎

1 被扶養者として申告する対象者の状況について

氏名	横浜 一郎	続柄	子	生年月日	昭和 平成 30年 5月 6日	(2 歳)
A 申告前の 保険	加入していた医療保険	加入区分	資格喪失年月日	喪失理由		他に該当の医療証
	①健康保険	1 被保険者または組合員 2 任意継続被保険者(組合員) ③被扶養者	令和 2年 9月 30日 <input type="checkbox"/> 現在継続中	1退職のため 2任意継続満了 3被扶養者非該当 ④その他(理由:扶養者の退職)		<input type="checkbox"/> 重度障害者医療証 <input type="checkbox"/> (ひとり親)福祉医療証 <input type="checkbox"/> 自立支援医療受給者証 <input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 乳児医療証(は横浜市外に居住の方のみご提出ください)
	2 共済組合					
	3 国民健康保険					
	4 無保険(いつから 年 月 日 理由:)					
加入していた医療保険が1健康保険または2共済組合で加入区分が1または2のとき保険者名と記号番号(国民健康保険のときは記入不要)→				保険者名(健保名)	記号番号	番号
				協会けんぽ 神奈川支部	21153116	12345
B 恒常的な 年間収入	種類	年間収入額(7は日額で記入)	C 対象者の配偶者の有無(組合員自身の場合は不要)			
	①収入なし { a 無職 b 学生	0 円	有 → 配偶者の収入状況等確認が別途必要です 無 → 未婚・離婚・死亡 離婚のとき(離婚分割による年金受給の有無: 有・無) 死亡のとき(死亡日 年 月 日 生前の職業:)			
	2 給与収入(パート・バイト含)	円	①勤めていなかったのが該当がない			
	3 年金収入 ない場合は理由を記入→	円	D 2 加入していたが受給の意思がない(離職票→有・無)			
	4 不動産収入	円	3 加入していたが期間不足のため受給できない			
	5 事業・営業収入	円	4 加入していたので給付制限後に受給予定である			
	6 利子・配当金	円	5 受給期間延長予定である			
	7 傷病手当金、出産手当金、雇用保険 (上記該当に○印) 受給期間 年 月 日 ~ 年 月 日	円	6 現在受給期間延長中である			
	8 その他()	円	7 未加入だった			
合計	0 円	8 受給終了済				
			9 受給(予定)中であるが基本手当日額が基準額範囲内である			
			10 その他(記入:)			
E 離職について(過去1年以内に離職しているときは必ず記入してください)						
直近の離職日	年 月 日	退職金 無・有(金額 円)	離職事由			
勤務年数	年 月	申告対象者が組合員の配偶者のときは記入不要				
傷病手当金受給(今後請求可能な資格を含む)の有無			有・無			
F 個人事業者ですか		はい・いいえ		G 法人の役員になっていますか		はい・いいえ

2 協議者

続柄は認定対象者からみた続柄。子を申告する場合は被扶養者でない配偶者を記入してください。父母を申告する場合は同居・別居を問わず、組合員の兄弟姉妹全員について記入してください。その他、続柄により記入していただく方が異なります。

氏名	続柄	住所	職業	組合員が対象者を扶養することについて協議し同意を得ていますか
横浜 花子	母	神奈川県横浜市○○区△△町1丁目2番地3号	無職	はい・いいえ
				はい・いいえ
				はい・いいえ
				はい・いいえ
				はい・いいえ

3 組合員が扶養することになった理由を記入してください。(出生時は記入不要)

採用による

4 対象者の今後の予定について記入してください。(出生時は記入不要)

学生の間は引き続き、私が扶養します。

横浜市職員共済組合理事長様

上記のとおり、事実と相違ないことを届出します。今後、被扶養者の要件に該当しなくなったときは、速やかに申告するとともに保健給付の戻入が生じた場合は全額返還します。

平成 ○ 年 ■ 月 × 日

組合員自署

共済 組夫



扶養事実届出書の提出と記入について

- 被扶養者の実態を確認、把握したうえで**必ず組合員自身が記入**してください。
事実と相違することや虚偽が判明したときは認定日に遡って扶養を取消します。
- 出生した子を届出する場合で配偶者も被扶養者になっているとき、この用紙の提出は必要ありません。配偶者が被扶養者でないときには被扶養者として申告する対象者(子)の氏名欄(太枠)と「2協議者」欄に記入してください。
- 申告対象の被扶養者が複数名のとき、一人につき1枚記入してください。
- 該当するすべての欄に記入のうえ、記入漏れがないことを確認してから記入日を記載し自署押印してください。記入漏れがあると認定が遅れますのでご注意ください。

1 被扶養者として申告する対象者の状況について

A 申告前の保険

- ◇申告前の状況について該当番号に○及び記入してください。
- ◇現在加入中の医療保険があるときは保険証の写しを提出してください。申告時すでに資格喪失している場合は健康保険資格喪失証明書(原本)を提出してください。
- ◇任意継続保険に加入しているときは認定できません。
- ◇国民健康保険に加入の場合は国民健康保険証の写しを提出してください。
- ◇無保険の場合は時期と理由を記入してください。
- ◇医療機関受診時に保険証以外に提出している公費負担の医療証があるとき、該当のものにチェックしその写しを提出してください。
- ◇1健康保険または2共済組合に加入していた1被保険者または組合員(2任意継続者を含む)は保険者名(健保名)と記号番号を記入してください。

B 恒常的な年間収入

- ◇該当する番号に○をつけ必要事項を記入し金額を記入してください。
- ◇1 申告時現在収入がないときはa無職またはb学生に○をつけてください。学生とは認定要件に規定する学生のことをさします。学生であっても収入があるときは2に記入してください。
- ◇2及び3の収入は申告時から先1年間の見込額を記入してください。
- ◇2 給与収入のあるときは雇用契約書や労働条件通知書等雇用形態や勤務条件がわかる書類と直近3か月分の給与明細書写しを提出してください。状況により3か月以上の給与明細書写しを提出していただくことがあります。提出できないときは、共済組合所定の「給与支払等証明書」に勤務先から証明をもらって提出してください。
- ◇3 年金収入は遺族年金、障害年金、老齢年金、企業年金、個人年金、恩給など課税・非課税を問わず恒常的にあるすべてのものが対象となります。個人年金も定期的に生活費として受給しているときは対象となります。
- ◇4及び5は控除前の収入確認のため、税務署受付日のわかる確定申告書一式(青色申告含む)写しを提出してください。(電子申告の場合であっても同じ)さらに、不動産の所有権移転による被扶養者申告に該当するときは登記上の所有権移転日がわかる登記簿謄本写しまたは登記事項証明書写しを提出してください。
- ◇6 利子や配当金については通知書の写しや確定申告書一式写しなど状況に応じて提出してください。
- ◇7 該当する項目に○をつけ、その受給期間と日額を記入してください。
- ◇8 その他上記に該当のない収入があるときは具体的に記入してください。

C 対象者の配偶者の有無

- ◇被扶養者として申告する対象者に配偶者がいる場合は「有」に○をしてください。配偶者の収入状況等の確認資料をあわせて提出してください。ただし、組合員自身の配偶者を申告するときは必要ありません。
- ◇被扶養者として申告する対象者に配偶者がいない場合は「無」と該当の「未婚・離婚・死亡」のいずれかに○をしてください。平成19年4月以降の離婚で年金分割制度による年金受給の該当がある場合は、年金証書等写しを提出してください。死亡のときは亡くなった日と生前の職業を記入してください。遺族年金等の金額がわかる年金証書、裁定通知書、支払通知書などの写しを提出してください。

D 雇用保険について

- ◇申告前の状況について該当する番号に○をつけてください。直前は無収入であっても課税証明書に給与収入等がある場合や項目に該当があるときは必ず該当する番号に○をしてください。
- ◇2から9に該当のときは「雇用保険に関する確認書」とともに該当の添付書類を提出してください。
- ◇1 申告前には仕事をしていなかったときで、(非)課税証明書に収入の記載がないときは1に○をしてください。
- ◇2 加入していたが雇用保険を受給する意思がないときは2と離職票の有無に○をしてください
- ◇3 加入期間不足のため受給資格がないときは3に○をしてください。ただし、1件の離職票では該当にならなくても複数枚通算すると受給資格があるときは該当の手続きをしてください。

- ◇4 加入していたので資格もあるため、待期及び給付制限後に受給予定のときは4に○をしてください。基準額を超える雇用保険受給開始の際は、遅滞なく扶養から外れる手続きをしてください。
- ◇5 受給期間の延長申請をする予定のときは5に○をしてください。後日、受給期間延長通知書を提出していただきます。
- ◇6 すでに受給期間延長の申請済のときは、6に○をしてください。
- ◇5及び6は受給延長期間が終了し受給開始になったときに被扶養者から外す手続きをしてください。
- ◇7 未加入だったときはその状況により添付書類が異なります。
- ◇8 受給終了のとき、就職できていないときに被扶養者の申告ができます。
- ◇9 受給予定あるいは受給中であるが基本手当日額が基準額範囲内のとき、被扶養者の申告ができます。
- ◇10 1から9に該当しない状況があるとき記入してください。

E 離職について

- ◇過去1年以内に離職しているときは直近の状況を記入してください。
- ◇離職時期が申告時より過去1年以上前であっても、課税証明書に給与収入の記載がある場合等は必ず記入してください。
- ◇退職金は一時金なので収入に含めませんが、配偶者以外の認定審査のとき確認する必要があるため事実を記入し届出してください。
- ◇離職事由は「自己都合」などではなく妊娠・出産・育児、介護・看護、病気・けがなどの具体的な理由を記入してください。
- ◇傷病手当金受給の場合で日額の基準を超えるときは被扶養者として認定できませんが、傷病手当金の受給を被扶養者の申告以降受給しないという確認ができたときは認定できる可能性があります。申告時現在受給中の有無だけでなく、今後遡って受給できる可能性を確認してください。そのときは別途、確認書類を提出していただきます。

F 個人事業者ですか

- ◇原則として個人事業者は被扶養者として認定しませんが、状況により認定される場合があります。

G 法人の役員になっていますか

- ◇原則として法人の役員になっているときは被扶養者として認定しませんが、状況により認定される場合があります。

2 協議者

- ◇申告する対象者について他に扶養し得る者の有無と能力の確認、及びその者から組合員が今後扶養することの同意を得ていることを確認します。
- ◇協議者の続柄と状況により収入比較が必要となりますので、同時期同状況で収入比較できる書類を別途提出していただきます。
- ◇子を申告するとき、被扶養者になっていない配偶者の記入と同意は必要ですが、組合員が扶養手当を申請するときは収入比較の必要はありません。
- ◇父母を申告のときは同居別居にかかわらず兄弟姉妹等すべて記入してください。それを確認できる戸籍謄本等も必要です。戸籍は親子兄弟姉妹等が客観的に確認できるものが重要です。必ずしもそれぞれの現在のものということではありませんので、確認してから取得してください。状況により収入比較が必要になります。片親だけを申告のときはその(生存)配偶者の協議同意と収入確認も必要になります。

3 組合員が扶養することになった理由を記入してください。(出生時は記入不要)

- ◇申告した者をすべて被扶養者として認定できるわけではありません。学生や障害のある者等以外の就労可能年齢の者については通常稼働能力があるものと考えられることから被扶養者の対象としません。(配偶者を除く。)ただし、扶養事実や実態等により認定する場合があります。組合員が対象者の主たる生活費を支えなければならなくなった事情や経緯などの詳細を記入してください。(例「離職したため無収入になった」等だけの記載は不可)

4 対象者の今後の予定について記入してください。(出生時は記入不要)

- ◇申告時の状況は一時的なものであるため、仮に被扶養者として認定されてもその資格が継続するというものではありません。今後の就労見込みや稼働状況について具体的見通しを詳細に記入してください。(例「今後就職活動をしていく」だけの記載や「しばらく様子を見守りたい」等の記載は不可)
- ◇学生や障害のある者等以外の就労可能年齢の通常稼働能力があるもの(配偶者を除く)を対象者として申告するときは必ず詳細を記入してください。

扶養状況申立書

申請日を記入

任命権者

申請時点で所属・職員番号が不明の場合は未記入でよい

令和 年 月 日

所属 医療局病院経営本部 市民病院
職員番号 0123456
氏名 共済 組夫

被扶養者 横浜 一郎 (続柄 子) の状況は、次のとおりです。

該当するすべての項目の数字に○印を付けてください。

(該当しない項目はそのままにしてください。)

- ① 平成30年 5月 6日から私が主たる扶養者として、その生計を維持しています。
- ② 民間その他から扶養手当に相当する手当等の支給を受けていません。
- 3 離職に伴う雇用保険の申請はしません。後日これらを受給申請する場合は、ただちに扶養親族等(異動)届を申請します。
- 4 勤務先が雇用保険適用事業所ではなかった、または雇用保険非該当の公務員であったため、離職票-1、-2は提出できません。
(公務員を退職されている場合は、下記の該当する項目に○印を付けてください。)
(1) 退職に際し、雇用保険に相当する手当の受給はありません。
(2) 雇用保険に相当する手当を受給します。
- 5 雇用保険の該当がある公務員でした。
- ⑥ 住民票上同一世帯です。
- 7 その他(詳しく記入してください)

この扶養親族等の異動届については次の者と協議し、一任されましたので併せて申し添えます。

同意者氏名	被扶養者との続柄	住 所	同意者の扶養親族氏名(同意者との続柄)
共済 花子 印	母	横浜市中区港町1-1	()
印			()
配偶者がいる場合は同意者記入			同意者が扶養する扶養親族がいる場合のみ記入(子が2名いるうち、1名は配偶者が扶養する等)
印			()

上記届出人 共済 組夫 (申請者氏名) に 共済 合子 (届出する扶養親族氏名) の扶養について一任いたします。

令和 年 月 日

申請日を記入

上記のとおり相違ありません。

なお、今回申請した親族について、申請内容に異動、訂正又は誤り等があった場合は、ただちにその旨を届出し、要件を欠いた時点以降に支給された手当等については全額返還します。

子の共同扶養(両親共働き)の場合は、配偶者の氏名と押印、続柄、住所を表中に記入
父母の扶養の場合は、扶養者の兄弟姉妹全員の氏名と押印、続柄、住所を表中に記入