

ご家族の方を扶養申請する際は、必ずお読みください。

■健康保険被扶養者制度について

被保険者の三親等内の親族であって、主として被保険者により生計を維持している者について、同一の健康保険制度を利用できる制度です。扶養家族の人数によって保険料は変動しません。(但し、40歳～65歳までの家族については介護保険料を徴収する事があります。)

※所得税・住民税法の扶養とは条件や考え方が異なりますので、所得税の扶養家族を健康保険でも扶養家族として申請できるとは限りません。

※75歳の誕生日当日より「長寿医療制度（後期高齢者医療制度）」に加入する事となりますので、75歳以上の方は被扶養者とはなりません。

■審査について

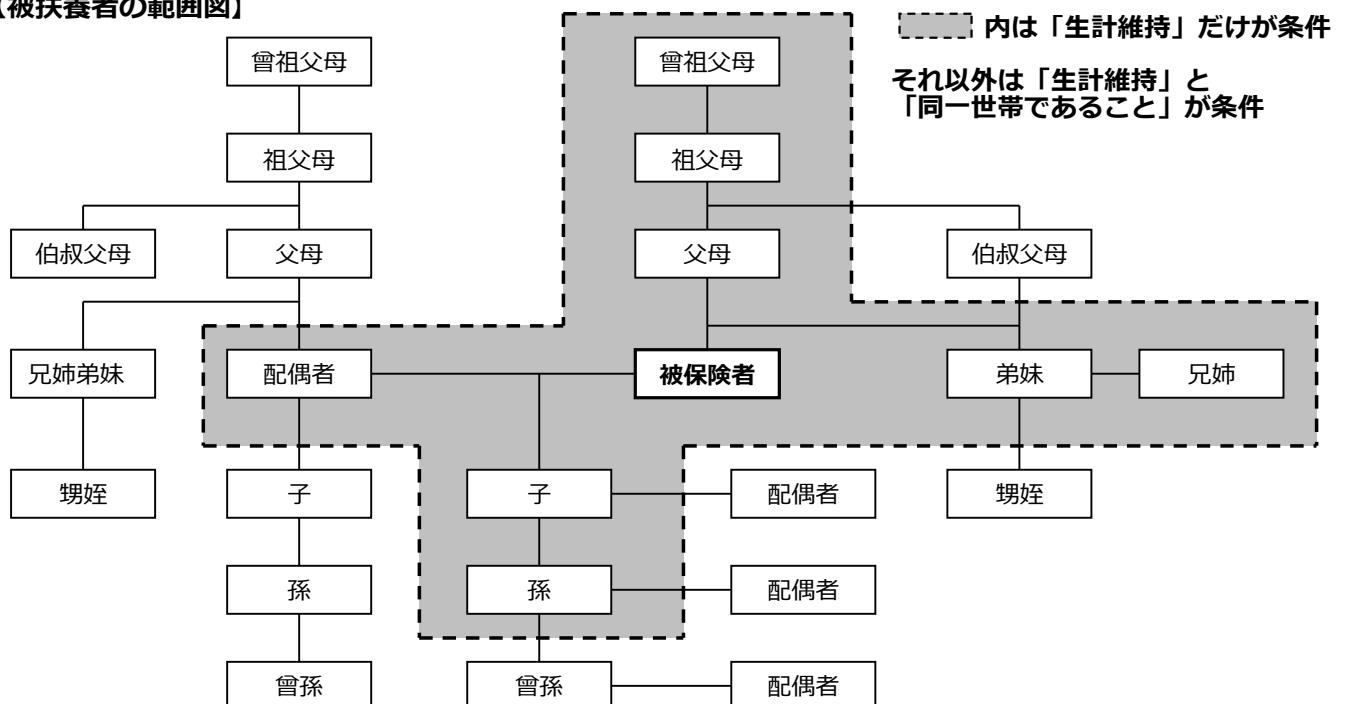
皆さんからの保険料を適正に利用する為に、被扶養者認定の審査を行い、加入の可否を決定しています。公平・公正に審査を行うために、口頭の確認ではなく、公的機関や会社などが発行した証明書等の提出をお願いする場合があります。ご理解・ご協力をお願いします。

■被扶養者の対象となる親族の範囲及び条件

健康保険の被扶養者となるには、「【1】主として被保険者の収入により生計を維持されている三親等内の親族であること」が条件ですが、さらに「【2】同一世帯であること」が条件となる親族もあります。

(1) 「生計維持」だけが条件の人
→配偶者（内縁関係も可）、子・孫、弟・妹、父母・祖父母などの被保険者の直系尊属
(2) 「生計維持」と「同一世帯であること」が条件になる人
→(1) 以外の三親等内の親族、被保険者の配偶者（内縁関係も可）の父母・連れ子、配偶者（内縁関係も可）死亡後の父母・連れ子

【被扶養者の範囲図】



■ 生計維持の基準

「主として被保険者の収入により生計を維持されている」状態とは、次の基準により判断します。

同居の場合	扶養にしたい方の年収が 130 万円未満（60 歳以上の方または障害者は年収 180 万円未満）で、かつ被保険者の年収の 2 分の 1 未満であることが必要です。ただし、2 分の 1 以上であっても総合的に認められることもあります。
別居の場合	扶養にしたい方の年収が 130 万円未満（60 歳以上の方または障害者は年収 180 万円未満）で被保険者が毎月仕送り（※）をしており（手渡し不可）、その額が扶養したい方の収入より多いこと。 ※仕送りとは、離れて暮らす家族への生活費として、毎月一定額を金融機関からの振込みか書留で送金することです。直接の手渡しや被保険者名義のカードを共有することでの生活費負担は、仕送りしている実態が証明できないので、認められません。3 ヶ月以上の仕送りの実績が必要です。

※上記により被扶養者の認定を行います。個々の具体的事情に照らし、もっとも妥当と思われる認定を健康保険組合が行います。

収入とみなすもの	収入とみなさないもの
<ul style="list-style-type: none"> ・ 給与（通勤交通費ほか各種手当・税金含む総支給額） ・ 自営業や業務受託などの事業収入（★） ・ 資産運用による収入（不動産・利子・配当金など、経費控除後の金額） ・ 年金（老齢、遺族、障害など種類を問わず、税引き前の金額） ・ 失業給付・傷病手当金など休業補償金 ・ 奨学金（学費を除く） ・ 被保険者以外からの仕送りなど 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退職金や不動産売却などの一時的なもの ・ 冠婚葬祭に際して贈与される金銭 ・ 災害を被ったことにより受けられる補償金、見舞金、保険金など ・ 生活保護法にて自立更正を目的として貸付・恵与される金額 ・ 原爆被害者に対する特別措置法により支給される金額 ・ 死亡を事由に受けられる保険金

★自営業の場合は売上げから、原価や経費（減価償却や基礎控除など現金支出を伴わないものは除く）を控除した金額が収入となります（自宅営業の地代家賃や光熱費などは、原則として認められません）。

（！）被扶養者の要件を満たさなくなったときは速やかに届出が必要です。

収入が認定基準額を超えた、就職、結婚、別居、死亡等により被保険者と生計維持関係がなくなったときは、速やかに「被扶養者（異動）届」を事業所担当者経由で提出してください。扶養から外す手続を怠った場合、その被扶養者が資格喪失日（事実発生日）以降に使用した医療費や保険事業に要した費用は全額返納していただきます。

アルバック健康保険組合 理事長 殿 健康保険 被扶養者認定照会書	受付日： 年 月 日
	審査年月日： 年 月 日
	審査結果： 認定 ・ 不認定
	不認定理由：

被保険者	事業所名		保険証記号・番号	-	
	氏名		生年月日	年 月 日	
	住所	〒 _____			
認定対象者	氏名		続柄		職業
	生年月日	年 月 日 (歳)			
	被保険者と	同居 ・ 別居 (下記に住所を記入)			
	住所 (別居の場合のみ記入)	〒 _____			

1. 申請の理由 (扶養するに至った事情 (経緯)、時期、現在の状況などを具体的に記載して下さい)

2. 認定対象者の就労状況等

①就労状況 (該当の数字に○)	(1) 職歴なし→「⑤現在加入の健康保険」に記入 (2) 就労していた→②～⑨全てに記入 (3) 現在就労中→③、④、⑥を除き全てに記入
②勤務先	同所在地
③退職日 (勤務年数)	年 月 日 (年間)
④退職理由	
⑤現在加入の健康保険	<input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 健康保険 (本人・家族) <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> その他 ()
⑥雇用保険 (基本手当)	<input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 受給終了 <input type="checkbox"/> 受給権放棄 <input type="checkbox"/> 受給期間延長 (申請中含む)
⑦傷病手当金	<input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 受給終了 (年 月 日)
⑧出産手当金	<input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 受給終了 (年 月 日)
⑨労災保険の休業補償給付金	<input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 受給終了 (年 月 日)

3. 認定対象者の収入状況

収入の種類		有無	金額	
給与収入等 ※年収については、税金控除前の総収入額を記入してください(交通費等各種手当を含む)	正社員・契約社員・派遣社員・パート・アルバイト等	有・無	月額(手取)	円
			賞与	円
			※年収	円
	配当・利子収入	有・無	年間	円
年金等 ※介護保険料控除前の支給額を記入してください	老齢国民年金	有・無	年間	円
	老齢厚生年金	有・無	年間	円
	厚生年金基金	有・無	年間	円
	共済年金	有・無	年間	円
	遺族年金	有・無	年間	円
	恩給	有・無	年間	円
	農業者年金	有・無	年間	円
	障害年金	有・無	年間	円
	個人年金	有・無	年間	円
	その他年金()	有・無	年間	円
事業所得等 ※売上金額-(売上原価+必要経費)の金額を記入してください	自営業(業種:)	有・無	年間	円
	農業(*)・漁業	有・無	年間	円
	不動産(家賃収入等)	有・無	年間	円
	その他()	有・無	年間	円
			合計金額	円

(*) 農業収入のある方は、下記にご記入ください。

耕作面積 _____ 農作物の種類 _____ 農地名義 _____

4. 家族構成(同居・別居含めた兄弟姉妹など、扶養義務のある家族を全員記入)

【扶養義務の例】母の申請→父とあなたの兄弟姉妹、父の申請→母とあなたの兄弟姉妹、父母の申請→あなたの兄弟姉妹、兄弟姉妹の申請→両親と兄弟姉妹、義父母の申請→配偶者の兄弟姉妹、祖父母の申請→両親と伯(叔)父・伯(叔)母、孫の申請→孫の両親等

氏名	続柄	年齢	職業	勤務先	月収	世帯別	配偶者
					円	同居・別居	有・無
					円	同居・別居	有・無
					円	同居・別居	有・無
					円	同居・別居	有・無
					円	同居・別居	有・無
認定対象者が配偶者なしの理由: <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死別(年 月) <input type="checkbox"/> 離別(年 月)							

5. 本年度住民税納付額 _____ 円
6. 源泉徴収（税金）の扶養控除対象 _____ あり・なし（理由： _____）
7. 給与上の扶養手当支給 _____ あり・なし（理由： _____）
8. 市区町村からの助成金等の有無（生活・医療補助等） _____ あり（内容： _____）・なし

9. 認定対象者と被保険者が別居の場合（別居の場合のみ記入）

別居の理由			
別居先の住居	<input type="checkbox"/> 持家	<input type="checkbox"/> 借家	<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
住居費	円（上記住居での1ヶ月の維持費（ローン返済額を含む）又は家賃等）		
別居先の認定対象者の同居者	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 子	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹（ _____ ）
	<input type="checkbox"/> 孫	<input type="checkbox"/> その他（続柄： _____）	合計： _____ 人

10. 生活費の内訳

認定対象者が【同居】の場合：被保険者と生計をともにしている同居家族の生計費の内訳を記入

認定対象者が【別居】の場合：別居家族世帯の生計費の内訳を記入

①被保険者が負担している金額（別居の場合は送金額を記入）	円		
②認定対象者が負担している額	円		
③被保険者・認定対象者以外が負担している額	氏名	続柄	円
			円
			円
			円
			円
			円

11. 被保険者の家族・生計

家族	世帯全員の人数	名	
住居	<input type="checkbox"/> 持家	<input type="checkbox"/> 借家	<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
住居費	円（上記住居での1ヶ月の維持費（ローン返済額を含む）又は家賃等）		
生計費	円（認定対象者以外の別居中の家族への1ヶ月の援助額{生活費・学費等}）		

上記の申請内容に相違ありません。

年 月 日

被保険者証 記号 _____ 番号 _____

事業所名 _____

被保険者氏名 _____

アルバック健康保険組合