

## 収入状況報告書 兼 申立書

申請対象者(家族)名: \_\_\_\_\_

被保険者氏名: \_\_\_\_\_ (印)

署名する場合、押印を省略可

今後、申請対象者の認定条件を満たさなくなった場合は、速やかに被扶養者資格の削除手続きを行います。  
 その際には、事由発生日に遡って資格削除とし、当該期間に発生した健康保険組合負担の医療費及び給付金を返納することを了承します。

申請対象者(家族)の**今後1年間の収入見込み額** (令和 \_\_\_\_\_ 年分予定)

収入がない場合は、なしにチェックを入れてください。未記入は不備になります。

【種類】	【有無】	収入ありの場合【金額】	【備考欄】
年金収入	<input type="checkbox"/> なし	/	※60才以上の方は年金がない理由 <input type="checkbox"/> ①受給年齢に達していない( )才より受給予定 <input type="checkbox"/> ②加入期間が足りない(年金未加入も含む) <input type="checkbox"/> ③その他( )
	<input type="checkbox"/> あり		※年金の種類を選択ください <input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> 企業年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 円/年
パート・アルバイト収入	<input type="checkbox"/> なし	/	<input type="checkbox"/> 月給 _____ 円 <input type="checkbox"/> 通勤費(有・無) _____ 円/月 <input type="checkbox"/> 日給 _____ 円 × _____ 日/月 <input type="checkbox"/> 時給 _____ 円 × _____ H × _____ 日/月 <input type="checkbox"/> その他(手当・ボーナス等) _____ 円/月
	<input type="checkbox"/> あり		円/年
<p style="color: red; margin: 0;"><input type="checkbox"/>給与収入のみで他に収入がないことを申し立てます。</p> <p style="font-size: small; margin: 0;">※給与収入のみ場合は労働契約内容を年間収入として確認を行います。該当の場合はチェックを入れてください。</p>			
専従者給与	<input type="checkbox"/> なし	/	( どの会社の会社か )
	<input type="checkbox"/> あり		
不動産・家賃等収入	<input type="checkbox"/> なし	/	
	<input type="checkbox"/> あり		
株・配当等収入	<input type="checkbox"/> なし	/	
	<input type="checkbox"/> あり		
個人年金収入	<input type="checkbox"/> なし	/	
	<input type="checkbox"/> あり		
個人事業収入	<input type="checkbox"/> なし	/	
	<input type="checkbox"/> あり		
その他収入	<input type="checkbox"/> なし	/	( 収入の種類 ) ( 例: 傷病手当金等 )
	<input type="checkbox"/> あり		
合計額		円/年	