

家族状況報告書

常務理事	事務長	係

様式(B) 就職経歴のない場合

記号/番号	○○○-○○○	被保険者名	健保 太郎		住所	〒○○○-○○○ ○○県○○市○○町1-1				
被申請者について	氏名	1 健保 幸子	2	3	今まで扶養していた方の氏名		健保 幸一			
	生年月日	⑤ HR ○○. 7. 1	S HR . .	S HR . .	今まで扶養していた方の職業及び勤務先		会社員 □□□□株式会社			
	年齢	○○ 歳	歳	歳	健康保険の加入		無(有) [□□□□健康保険組合]			
	続柄	母			住民税		無 [理由]			
	職業	無職					有 [年額○○○○○円]			
	事業所確認者名	○○ ○○	現在の健康状況		良好					
	住所	〒○○○-○○○ ○○県○○市○○町1-1	収入について	無(有) ・ 有	年金・恩給・不動産(家賃・土地代)収入・利子収入・その他()		年額(千円)			
			障害者手帳交付	無(有) ・ 有	交付年月日	H/R . .	等級	級		
扶養に至るまでの経過及び理由			今まで母を扶養していた父(健保 幸一)が○○年○○月○○日に亡くなり、同居することになった。							
1. 今までの扶養者が死亡した時は死亡年月日を記入。										
2. 農業、自営業の場合は、後継者を明記 (廃業の場合は廃業年月日を記入)										