

共同扶養における収入額確認表

この確認表は、健康保険の被扶養者として認定する際に、共働き等と同じ家庭に経済的な扶養能力のある方が複数いる場合（夫婦、兄弟等）、双方の年間収入（過去・現時点・将来の収入等）から、今後1年間の収入を見込んだものを確認し、適正な認定を行うために必要となりますので、正確に申告ください。
 ※今後1年間とは、認定申請時を始点として算出ください。
 ※基本的に年間収入の多い方の被扶養者とすることになります。

被保険者記号番号	記号	6148	番号	
被保険者氏名				

【申請手順】

- 以下（1）～（3）の状況に応じて、必要箇所を記載してください。
 - 共同扶養者がいる対象者全員・・・①②を記載
 - 共同扶養者が退職、廃業している場合・・・①②に加え、③も記載
 - お子様の扶養認定申請時に、被保険者または共同扶養者が育児休業等を取得される場合・・・①②に加え、④⑤も記載
- 共同扶養者の【申請時の状況パターン】をA～E（本様式右側に記載）の中から選択し、状況に応じた必要書類を添付してください。

この色のハッチング部分について
ご自身が該当する項目をご記入ください。

共同扶養者の【申請時の状況パターン】を下記A～Eの中から選択してください。

	1	2	3
申請時状況			

【申請時の状況パターン】

A	共同扶養者が給与所得者である
B	共同扶養者が自営業者である
C	共同扶養者が年金受給者である
D	共同扶養者が離職者もしくは求職者である（雇用保険失業給付者を含む）
E	共同扶養者の保険者（健康保険組合等）から被扶養者の認定を否認された

選択されたA～Eのパターン別に必要な添付書類を確認のうえ、提出してください。

注）A～Eの中で2つ以上の状況に該当する場合は、該当する全ての必要書類を提出してください。

※「●」のついている必要書類を提出してください。

必要書類	A	B	C	D	E
共同扶養者の直近の源泉徴収票（写）	●				
共同扶養者の直近の確定申告書（写） ※第一表、第二表、収支内訳書の写し		●			
共同扶養者の直近の年金通知書（写）			●		
共同扶養者の離職票または 雇用保険受給資格者証（写）				●	
被扶養者の認定結果のお知らせ （不認定通知書）					●

（1）共同扶養者がいる方は全員 ① と ② を記載してください。

	被保険者		共同扶養者	
	本人		氏名	続柄
現在加入している健康保険	関西電力健康保険組合		↓該当する項目に✓を入れてください <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 船員保険	
① 今後1年間の収入額	↓該当する項目に✓を入れて見込額を記載	↓該当する収入の見込額を記載	↓該当する収入の見込額を記載	
	<input type="checkbox"/> 賃金（給与・賞与等）	(見込額) 円	(見込額) 円	円 A
	<input type="checkbox"/> 自営業等による収入(総収入額)	(見込額) 円	(見込額) 円	円 B
	<input type="checkbox"/> 年金	(見込額) 円	(見込額) 円	円 C
	<input type="checkbox"/> その他の収入 <small>収入の種類も記載してください 失業給付 500,000円 等</small>	(見込額) 円	(見込額) 円	円
※健康保険組合使用欄 <収入見込額計>				
② 前年の収入額		円		円

（2）共同扶養者が退職、廃業している場合は、以下 ③ も記載してください。

③ 共同扶養者が退職、廃業している場合	↓該当する項目に✓を入れてください	
	<input type="checkbox"/> 退職 退職日または廃業日を記入 <input type="checkbox"/> 廃業 令和 年 月 日	
共同扶養者の雇用保険の状況について パターン D	<input type="checkbox"/> 加入なし	
	<input type="checkbox"/> 受給資格なし（加入期間1年未満）	
	<input type="checkbox"/> 受給していない（再就職しないため）	
	<input type="checkbox"/> 受給延長中、延長予定	
	<input type="checkbox"/> 受給予定または受給中	
	<input type="checkbox"/> 再就職手当受給 <input type="checkbox"/> 受給終了	

（3）お子様の扶養認定申請時に、育児休業等（産前産後休業含む）を取得（予定含む）する場合は、以下 ④ と ⑤ も記載してください。

	被保険者				共同扶養者			
	休業の予定有無				休業の予定有無			
④ 休業期間	<input type="checkbox"/> あり（休業取得期間を以下に記載してください） <input type="checkbox"/> なし				<input type="checkbox"/> あり（休業取得期間を以下に記載してください） <input type="checkbox"/> なし			
	産前産後休業期間（予定含む）				令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで
	育児休業休業期間（予定含む）				令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで
					令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで
⑤ 中の収入	↓該当する項目に✓を入れて見込額を記載	↓該当する収入の見込額を記載		↓該当する収入の見込額を記載				
	<input type="checkbox"/> 出産手当金	(見込額) 円		(見込額) 円				
	<input type="checkbox"/> 育児休業給付金（雇用保険加入者）	(見込額) 円		(見込額) 円				
	<input type="checkbox"/> その他の収入	(見込額) 円		(見込額) 円				