

夫婦共同扶養確認書

※当該確認書は『配偶者が日本ガイシ健保の被扶養者で無い方』のみ提出

※該当する□に✓を付け、 に記入してください

| | | |
|------|----------|---|
| 被保険者 | 保険証記号-番号 | - |
| | 氏名 | |

A. 配偶者(夫または妻)はいますか？

- いる▶ B.に進む
 いない▶ 未婚 死別 離婚▶ 養育費 (有 ⇒ 万円/年 無)
▶ 「いない」に印した方は下記、B.以降は記入不要

B. 配偶者は日本ガイシ健保の被保険者ですか？

- はい▶ 配偶者の保険証記号・番号: -
 いいえ▶ 配偶者が加入する健康保険の名称:

C. 収入状況 ※①～④を合算して、D.の今後1年間の見込みとなるように記載願います。

① 今後1年間の産前産後休暇について

申請者が男性の場合は配偶者の報酬、女性の場合は自身の報酬を記入

- 現在取得中 今後取得予定 対象外▶ 「出生」の場合、開始日には出生年月を記入してください
 ◎ 取得期間 : 年 月 ~ 年 月
 ◎ 上記取得期間中の報酬(給付)額 : 万円

② 今後1年間の育児休職について

| | |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 被保険者 | <input type="checkbox"/> 現在取得中 <input type="checkbox"/> 今後取得予定 <input type="checkbox"/> 取得しない <input type="checkbox"/> 対象外 ◎ 取得期間 : <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 ~ <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 ◎ 上記取得期間中の給付額 : <input type="text"/> 万円 ← 育休給付金の額 |
| | <input type="checkbox"/> 現在取得中 <input type="checkbox"/> 今後取得予定 <input type="checkbox"/> 取得しない <input type="checkbox"/> 対象外 ◎ 取得期間 : <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 ~ <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 ◎ 上記取得期間中の給付額 : <input type="text"/> 万円 ← 育休給付金の額 |

③ 上記①②を除く、今後1年間に支給される給与・賞与額

| | 被保険者 | 配偶者 |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 給与・賞与額 | <input type="text"/> 万円 | <input type="text"/> 万円 |
| 上記金額の対象となる期間 | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 ~ <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 ~ <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 |
| 上記期間内に短時間勤務等の制度を利用 | <input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない <input type="checkbox"/> 制度自体が無い | <input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない <input type="checkbox"/> 制度自体が無い |
| 昨年度からの勤務形態等の変更有無 | <input type="checkbox"/> 変更有 <input type="checkbox"/> 変更無 (内容: <input type="text"/>) | <input type="checkbox"/> 変更有 <input type="checkbox"/> 変更無 (内容: <input type="text"/>) |

転職
日勤→夜勤
正社員
→パート昇格
など

④ 上記①～③を除く、今後1年間のその他収入額 (事業・不動産・年金・利子・雇用保険給付金等)

| | 被保険者 | 配偶者 |
|---------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 収入の有無 | <input type="checkbox"/> 収入有 <input type="checkbox"/> 収入無 | <input type="checkbox"/> 収入有 <input type="checkbox"/> 収入無 |
| 収入見込み額 | <input type="text"/> 万円 | <input type="text"/> 万円 |
| 上記収入の種類 | (<input type="text"/>) | (<input type="text"/>) |

D. 年間総収入額 (昨年度の実績、および今後1年間の見込み額)

| | 被保険者 | 配偶者 |
|-----------|-------------------------|-------------------------|
| 昨年度の実績 | <input type="text"/> 万円 | <input type="text"/> 万円 |
| 今後1年間の見込み | <input type="text"/> 万円 | <input type="text"/> 万円 |

源泉徴収票などより転記

上記C.より集計し、記入

裏面に進む ➡

【今後1年間の見込額算出のイメージ】

配偶者(社外)は女性、2021.10.1に出産、その後は産休・育休を取得(育休期間は、2022.3まで)、2022.4から復職(2025.3まで時短勤務)、
 その他収入(不動産収入)あり



《添付する書類》

| 添付する書類(いずれもコピー)※1 | 提出いただく方 | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------|
| | 被保険者 | 配偶者 |
| ■給与所得のある方 ・ 昨年の源泉徴収票 ・ 直近3か月の給与明細 | ○ X | ○ ○ ※2 |
| ■自営などで確定申告を行っている方 ・ 昨年度の確定申告書の「1表」 | — | ○ |
| ■給付金を受けている方(日額がわかるもの) (例) ・ 出産手当金通知書 ・ 育児休業給付金通知書 } ※3 ・ 雇用保険失業給付金 ・ 傷病手当金通知書 など | ○ | ○ |
| ■被保険者が新規入社の場合 ・ 雇入通知書 ・ 入社に伴う給与等前提条件 | ○ | — |
| ■その他 健保まで問合せください | — | — |

※1 状況を確認する上で、表内の書類以外にも書類の追加提出をお願いする場合があります。

※2 配偶者が転職、日勤→夜勤、正規→パート、基幹職昇格などで勤務・給与などが昨年度と比較し、
1割以上変動する場合に提出。ただし、配偶者が日本ガイシ健保の被保険者は提出不要。

※3 出産より2ヶ月以内の申請で手元に通知書がない場合は直近の源泉徴収票のみ提出してください。

【重要】

夫婦ともに収入があり共同して子供を扶養する場合は、夫婦双方の年間(今後1年間)の収入見込み額が多い方(差額が1割以下の場合は届出により主たる生計維持者と判断できる方)の被扶養者となることが定められています。

育児休職・短時間勤務などが終了し、勤務・給与体系が戻られた時点で夫婦双方の収入額を確認いただき、逆転する場合は速やかに扶養異動の手続きを行ってください。