

状況調査書 1/2頁

被保険者証の記号・番号		被保険者の氏名	認定対象者の氏名	続柄	年齢
記号	番号				

※これから扶養の申請をする方を認定対象者といえます。

※被扶養者届(異動届)とセットで提出してください。状況調査書は1人につき1部必要になります。

この用紙が不要な場合⇒①子の出生の場合 ②18歳未満の子の扶養申請で、被保険者(あなた)の入社時に配偶者も同時に扶養申請をする場合(ただし、別居の場合は必要)

③18歳未満の子の扶養申請で、ソニー健保内の扶養変更の場合

※太枠内の該当する部分にご記入ください。

※扶養認定に基づく重要な書類です。正確にご記入ください。

1. 認定対象者の方が、今まで加入していた、もしくは、現在加入している医療保険制度 ※必ずご確認ください。			
(1)医療保険制度の種類			
<input type="checkbox"/>	①国民健康保険		
<input type="checkbox"/>	②被保険者(任意継続被保険者の場合も含む):健康保険組合・全国健康保険協会・共済組合等		
<input type="checkbox"/>	③被扶養者(任意継続被扶養者の場合も含む):健康保険組合・全国健康保険協会・共済組合等		
<input type="checkbox"/>	④未加入 (年 月 から未加入) :(年 月 日 来日)		
(2)資格喪失年月日	平成 年 月 日	資格喪失前の方は、○をしてください。→	喪失前

2. 申請事由	
※この1年間で該当する全ての項目にチェックしてください	
	事由発生日
<input type="checkbox"/>	①あなたの入社に伴うため 平成 年 月 日
<input type="checkbox"/>	②認定対象者の方が、退職したため (退職日)→平成 年 月 日
<雇用保険(失業給付)について、下記の該当するものいずれかにチェックをしてください> <input type="checkbox"/> 受給しない <input type="checkbox"/> 待期間、給付制限中〔主に自己都合退職〕(※) <input type="checkbox"/> 受給延長する(※) <input type="checkbox"/> 基本手当日額が3,611円(60歳以上または障害年金受給中の方は4,999円)以下で受給予定・受給中 ※受給が始まり、基本手当日額が3,612円以上(60歳以上または障害年金受給中の方は5,000円以上)の場合は、 受給開始とともに扶養削除する必要があります。	
<input type="checkbox"/>	③認定対象者の方が、退職後、雇用保険の受給をしていたが終了したため 平成 年 月 日
<input type="checkbox"/>	④認定対象者の方が、任意継続被保険者の資格を喪失したため 平成 年 月 日
【提出書類】任意継続被保険者資格喪失証明書<原本> ※ソニー任意継続被保険者の資格喪失の場合は提出不要 450- (番号をご記入下さい)	
<input type="checkbox"/>	⑤認定対象者の方が、結婚したため 平成 年 月 日
<input type="checkbox"/>	⑥認定対象者の方、もしくは、認定対象者の両親が、離婚したため 平成 年 月 日
<input type="checkbox"/>	⑦認定対象者の方が、あなたと同居したため 平成 年 月 日
<input type="checkbox"/>	⑧認定対象者の方が、自営業を廃業したため 平成 年 月 日
<input type="checkbox"/>	⑨認定対象者の方の収入が、減ったため 平成 年 月 日
<input type="checkbox"/>	⑩認定対象者の方が今まで扶養に入っていた被保険者が、資格喪失したため 平成 年 月 日
※「今まで扶養に入っていた被保険者」の方が、あなたの場合は記入不要	
<input type="checkbox"/>	⑪あなたのソニー退職者医療制度加入に伴うため 平成 年 月 日
<input type="checkbox"/>	⑫その他 () 平成 年 月 日

3. 認定対象者の方が、あなたと別居している場合 ※同居の場合は、記入不要	
(1)仕送り額 ※1年間で認定対象者の方の年収以上	円/月
かつ、最低基準送金額以上の仕送りが必要	
(2)別居の理由について該当する項目を、チェックしてください。	
※①に該当する場合は、あなたの世帯と、認定対象者の方の住民票の表記が別でも『同居』とみなし、『送金審査』の対象外となります。『送金審査』の対象外でも『仕送り』は行ってください。	
<input type="checkbox"/>	①認定対象者の方が、学生のため(大学生、専門学校生、予備校生など)
<input type="checkbox"/>	②あなたが単身赴任中のため (単身赴任とは、あなたと、あなたの配偶者とが別居している状態)
<input type="checkbox"/>	③認定対象者の方が、特別養護老人ホームや障害者施設に在所中のため
<input type="checkbox"/>	④①～③以外の理由によるため

4. 認定対象者の方の配偶者の有無・状況 ※認定対象者の方があなたの配偶者の場合は記入不要	
※民法上、夫婦は相互扶助関係があるため、認定対象者の方に配偶者がいる場合、第一にその配偶者の方によって認定対象者の方の生計が維持されている状態を確認します。	
<input type="checkbox"/>	①配偶者あり⇒あなた(ソニー健保)の被扶養者である
<input type="checkbox"/>	②配偶者あり⇒他の医療保険制度に加入 ⇒配偶者の収入 あり なし
<input type="checkbox"/>	③配偶者なし⇒未婚
<input type="checkbox"/>	④配偶者なし⇒死亡 (年 月 日) ⇒遺族年金 あり なし
<input type="checkbox"/>	⑤配偶者なし⇒離婚 (年 月 日) ⇒慰謝料 あり なし

〔個人情報保護に関して〕

※個人情報保護ポリシー(基本方針)に則り、取り組みを推進しています。
 ※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。
 1.法令に基づく場合
 2.人の生命、身分又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
 3.公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
 4.国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき
 ※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。
 〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニー本社ビル11階 ソニー健康保険組合 TEL:050-3807-5059

⇒ 次頁へ

状況調査書 2/2頁

被保険者証の記号・番号		被保険者の氏名	認定対象者の氏名	続柄	年齢
記号	番号				

※扶養認定に基づく重要な書類です。正確にご記入ください。

5. 認定対象者の方の年間収入(全ての項目を記入)
 ※右の【年間収入の算出方法】を参考に記入し、収入に関する証明書を添付してください。
 収入が無い場合でも、「無収入」であることを証明する書類の添付が必要になります。
 収入に関する証明書の詳細は、別紙『添付書類一覧』を参照ください。
※年間収入とは、申請後1年間の見込み額です。

①給与収入	あり ⇒ なし	年額 円
②年金収入 (厚生、国民、共済、恩給、障害、遺族年金など)	あり ⇒ なし	年額 円
③事業収入	あり ⇒ なし	年額 円
④専従者給与収入	あり ⇒ なし	年額 円
⑤不動産収入	あり ⇒ なし	年額 円
⑥雇用保険の失業給付(失業保険)受給 ※基本手当日額3,612円以下(60歳以上は5,000円以下)	あり ⇒ なし	年額 円
⑦雑収入(原稿料、印税、講演料金など) 利子収入、配当収入	あり ⇒ なし	年額 円
⑧他者からの援助 (養育費、慰謝料など継続的に支払われているもの)	あり ⇒ なし	年額 円
⑨傷病手当金または出産手当金	あり ⇒ なし	年額 円
⑩その他、生活費に充当できる収入	あり ⇒ なし	年額 円
合計 ※収入が全くない場合は、0円と記入		円

6. 誓約

今回の申請内容に、相違ありません。
 尚、事実と相違した内容があった場合には、被扶養者としての認定を遡って取り消し、
 保険給付の返還をすることに異存ありません。
 また、被扶養者の認定基準から外れた時には、直ちに扶養削除の手続きを致します。

被保険者氏名 _____ 印 _____
 ※被保険者本人が氏名を記入した場合、本人の押印は不要です。

【年間収入の算出方法】

◆給与収入 ⇒ $\left[\frac{\text{直近3ヶ月の給与の総支給額の合計}}{3} \right] \times 12\text{ヶ月} + (\text{賞与額} \times \text{支給されている回数})$
 ※給与、賞与とも税控除前の総支給額。通勤交通費含む。
 ※専従者給与収入の場合は、前年度の確定申告書にて申告した金額

◆年金・恩給収入 ⇒ 支給金額 × 1年間に支給される回数<高齢厚生年金は6回、恩給は4回など>
 ※介護保険料控除前の支給額

◆自営業等 ⇒ [売上金額 - (売上原価+経費)]
 ※前年度の確定申告書にて申告した金額
 ※但し、以下の経費は、原則は経費に含まれません。
 ・減価償却費
 (資産購入などをし、実際に現金支出があったもののみ、経費に加えます)
 ・青色申告控除等の基礎控除
 ・給料・賃金等の人件費
 ・その他ソニー健保が直接的必要経費として認めない経費(ソニー健保HP参照)

◆雇用保険受給 ⇒ 基本手当日額 × 360日
 ※雇用保険受給中は、原則は扶養にできない。
 但し、(基本手当日額×360日) < 130万円(もしくは180万円)の場合のみ申請可。
 申請可能な基本手当日額
 ・60歳未満の方・・・3,612円未満
 ・60歳以上の方、または障害年金を受給している方・・・5,000円未満

ソニー健保記入欄

状況調査書 1/2頁

被保険者証の記号・番号		被保険者の氏名		認定対象者の氏名	続柄	年齢	
記号	999	番号	999999	健保 太郎	健保 花子	妻	35

※これから扶養の申請をする方を認定対象者といいます。

※被扶養者届(異動届)とセットで提出してください。状況調査書は1人につき1部必要になります。

この用紙が不要な場合⇒①子の出生の場合 ②18歳未満の子の扶養申請で、被保険者(あなた)の入社時に配偶者も同時に扶養申請をする場合(ただし、別居の場合は必ず)

③18歳未満の子の扶養申請で、ソニー健保内の扶養変更の場合

※太枠内の該当する部分にご記入ください。

※扶養認定に基づく重要な書類です。 申請するまでに加入していた健康保険制度について記入必ずご記入ください

これから扶養申請する対象者の方の氏名、続柄、年齢を記入

1. 認定対象者の方が、今まで加入していた、		ください。
(1)医療保険制度の種類		
<input type="checkbox"/>	①国民健康保険	
<input checked="" type="checkbox"/>	②被保険者(任意継続被保険者の場合も含む):健康保険組合・全国健康保険協会・共済組合等	
<input type="checkbox"/>	③被扶養者(任意継続被扶養者の場合も含む):健康保険組合・全国健康保険協会・共済組合等	
<input type="checkbox"/>	④未加入 (年 月 から未加入):(年 月 日 来日)	
(2)資格喪失年月日	平成 29年 12月 1日	資格喪失前の方は、○をしてください。→ 喪失前

2. 申請事由		申請するまでに加入していた医療制度の喪失年月日を記入喪失前に申請する場合は、『喪失前』に○をする
※この1年間で該当する全ての項目にチェックしてください		
	①あなたの入社に伴うため	平成 年 月 日
<input checked="" type="checkbox"/>	②認定対象者の方が、退職したため (退職日)→平成 29年 11月 30日	
<雇用保険(失業給付)について、下記の該当するものいずれかにチェックをしてください> <input type="checkbox"/> 受給しない <input checked="" type="checkbox"/> 待期間、給付制限中〔主に自己都合退職〕(※) <input type="checkbox"/> 受給延長する(※) <input type="checkbox"/> 基本手当日額が3,611円(60歳以上または障害年金受給中の方は4,999円)以下で受給予定・受給中 ※受給が始まり、基本手当日額が3,612円以上(60歳以上または障害年金受給中の方は5,000円以上)の場合は、受給開始とともに扶養削除する必要があります。		
	③認定対象者の方が、退職後、雇用保険の受給をしていたが終了したため	平成 年 月 日
	④認定対象者の方が、任意継続被保険者の資格を喪失したため	平成 年 月 日
【提出書類】任意継続被保険者資格喪失証明書<原本> ※ソニー任意継続被保険者の資格喪失の場合は提出不要 450- (番号をご記入下さい)		
<input checked="" type="checkbox"/>	⑤認定対象者の方が、結婚したため	平成 29年 11月 22日
	⑥認定対象者の方、もしくは、認定対象者の両親が、離婚したため	平成 年 月 日
	⑦認定対象者の方が、あなたと同居したため	平成 年 月 日
	⑧認定対象者の方が、自営業を廃業したため	平成 年 月 日
	⑨認定対象者の方の収入が、減ったため	平成 年 月 日
	⑩認定対象者の方が今まで扶養に入っていた被保険者が、資格喪失したため	平成 年 月 日
※「今まで扶養に入っていた被保険者」の方が、あなたの場合は記入不要		
	⑪あなたのソニー退職者医療制度加入に伴うため	平成 年 月 日
	⑫その他 ()	平成 年 月 日

3. 認定対象者の方が、あなたと別居している場合 ※同居の場合は、記入不要	
(1)仕送り額 ※1年間で認定対象者の方の年収以上	円/月
かつ、最低基準送金額以上の仕送りが必要	
(2)別居の理由について該当する項目を、チェックをしてください。	
※①に該当する場合は、あなたの世帯と、認定対象者の方の住民票の表記が別でも『同居』とみなし、『送金審査』の対象外となります。『送金審査』の対象外でも『仕送り』は行ってください。	
<input type="checkbox"/>	①認定対象者の方が、学生のため(大学生、専門学校生、予備校生など)
<input type="checkbox"/>	②あなたが単身赴任中のため (単身赴任とは、あなたと、あなたの配偶者とが別居している状態)
<input type="checkbox"/>	③認定対象者の方が、特別養護老人ホームや障害者施設に在所のため
<input type="checkbox"/>	④①～③以外の理由によるため

4. 認定対象者の方の配偶者の有無・状況 ※認定対象者の方があなたの配偶者の場合は記入不要	
※民法上、夫婦は相互扶助関係があるため、認定対象者の方に配偶者がいる場合、第一にその配偶者の方によって認定対象者の方の生計が維持されている状態を確認します。	
<input type="checkbox"/>	①配偶者あり⇒あなた(ソニー健保)の被扶養者である
<input type="checkbox"/>	②配偶者あり⇒他の医療保険制度に加入 ⇒配偶者の収入 あり なし
<input type="checkbox"/>	③配偶者なし⇒未婚
<input type="checkbox"/>	④配偶者なし⇒死亡 (年 月 日) ⇒遺族年金 あり なし
<input type="checkbox"/>	⑤配偶者なし⇒離婚 (年 月 日) ⇒慰謝料 あり なし

〔個人情報保護に関して〕

※個人情報保護ポリシー(基本方針)に則り、取り組みを推進しています。
 ※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。
 1.法令に基づく場合
 2.人の生命、身分又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
 3.公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
 4.国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき
 ※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。
 〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニー本社ビル11階 ソニー健康保険組合 TEL:050-3807-5059

⇒ 次頁へ

被保険者証の記号・番号		被保険者の氏名		認定対象者の氏名	続柄	年齢
記号	999	番号	999999	健保 太郎	妻	35

※扶養認定に基づく重要な書類です。正確にご記入ください。

5. 認定対象者の方の年間収入(全ての項目を記入)
 ※右の【年間収入の算出方法】を参考に記入し、収入に関する証明書を添付してください。
 収入が無い場合でも、「無収入」であることを証明する書類の添付が必要になります。
 収入に関する証明書の詳細は、別紙『添付書類一覧』を参照ください。

①～⑩の全ての項目に、「あり」または「なし」と答える

※年間収入とは、申請後1年間の見込み額です。

①給与収入	あり ⇒ なし	年額	円
②年金収入 (厚生、国民、共済、恩給、障害、遺族年金など)	あり ⇒ なし	年額	円
③事業収入	あり ⇒ なし	年額	円
④専従者給与収入	あり ⇒ なし	年額	円
⑤不動産収入	あり ⇒ なし	年額	円
⑥雇用保険の失業給付(失業保険)受給 ※基本手当日額3,612円以下(60歳以上は5,000円以下)	あり ⇒ なし	年額	円
⑦雑収入(原稿料、印税、講演料金など) 利子収入、配当収入	あり ⇒ なし	年額	円
⑧他者からの援助 (養育費、慰謝料など継続的に支払われているもの)	あり ⇒ なし	年額	円
⑨傷病手当金または出産手当金	あり ⇒ なし	年額	円
⑩その他、生活費に充当できる収入	あり ⇒ なし	年額	円
合計 ※収入が全くない場合は、0円と記入			0 円

年間収入を算出し、それぞれ記入する

別紙『収入に関する添付書類一覧』を参考に、収入に関する証明書を添付する。
 全く無収入である場合も、無収入である証明書が必要。
 ※無収入の証明書は配偶者の場合は不要(ただし、特退配偶者は必要)

【年間収入の算出方法】

◆給与収入 ⇒
$$\left[\frac{\text{直近3ヶ月の給与の総支給額の合計}}{3} \right] \times 12\text{ヶ月} + (\text{賞与額} \times \text{支給されている回数})$$

 ※給与、賞与とも税控除前の総支給額。通勤交通費含む。
 ※専従者給与収入の場合は、前年度の確定申告書にて申告した金額

◆年金・恩給収入 ⇒ 支給金額 × 1年間に支給される回数<高齢厚生年金は6回、恩給は4回など>
 ※介護保険料控除前の支給額


◆売上収入 ⇒
$$[\text{売上金額} - (\text{売上原価} + \text{経費})]$$

 ※前年度の確定申告書にて申告した金額
 ※但し、以下の経費は、原則は経費に含みません。
 ・減価償却費
 (資産購入などをし、実際に現金支出があったもののみ、経費に加えます)
 ・青色申告控除等の基礎控除
 ・給料・賃金等の人件費
 ・その他ソニー健保が直接的必要経費として認めない経費(ソニー健保HP参照)

◆雇用保険受給 ⇒ 基本手当日額 × 360日
 ※雇用保険受給中は、原則は扶養にできない。
 但し、(基本手当日額 × 360日) < 130万円(もしくは180万円)の場合のみ申請可。
 申請可能な基本手当日額
 ・60歳未満の方・・・3,612円未満
 ・60歳以上の方、または障害年金を受給している方・・・5,000円未満

6. 誓約

今回の申請内容に、相違ありません。
 尚、事実と相違した内容があった場合には、被扶養者としての認定を遡って取り消し、保険給付の返還をすることに異存ありません。
 また、被扶養者の認定基準から外れた時には、直ちに扶養削除の手続きを致します。

被保険者氏名 健保 太郎 

※被保険者本人が氏名を記入した場合、本人の押印は不要です。

被保険者の方の署名、捺印

ソニー健保記入欄

状況調査書 1/2頁

被保険者証の記号・番号		被保険者の氏名		認定対象者の氏名	続柄	年齢	
記号	999	番号	999999	健保 太郎	健保 和子	母	62

※これから扶養の申請をする方を認定対象者といえます。

※被扶養者届(異動届)とセットで提出してください。状況調査書は1人につき1部必要になります。

この用紙が不要な場合⇒①子の出生の場合 ②18歳未満の子の扶養申請で、被保険者(あなた)の入社時に配偶者も同時に扶養申請をする場合(ただし、別居の場合は必ず)

③18歳未満の子の扶養申請で、ソニー健保内の扶養変更の場合

※太枠内の該当する部分にご記入ください。

※扶養認定に基づく重要な書類です。 申請するまでに加入していた健康保険制度について記入必ずご記入ください

これから扶養申請する対象者の方の氏名、続柄、年齢を記入

1. 認定対象者の方が、今まで加入していた、**健康保険制度**についてご記入ください。

(1) 医療保険制度の種類
<input checked="" type="checkbox"/> ①国民健康保険
②被保険者(任意継続被保険者の場合も含む):健康保険組合・全国健康保険協会・共済組合等
③被扶養者(任意継続被扶養者の場合も含む):健康保険組合・全国健康保険協会・共済組合等
④未加入 (年 月 から未加入): (年 月 日 来日)
(2) 資格喪失年月日 平成 29年 12月 1日 資格喪失前の方は、○をしてください。→ 喪失前

3. 認定対象者の方が、あなたと別居している場合 ※同居の場合は、記入不要

(1) 仕送り額 ※1年間で認定対象者の方の年収以上	60,000 円/月
かつ、最低基準送金額以上の仕送りが必要	
(2) 別居の理由について該当する項目を、チェックをしてください	
※①に該当する場合は、あなたの世帯と、認定対象者の方の別居の場合、月々の仕送りの金額を必ず記	
『同居』とみなし、『送金審査』の対象外となります。『送金審査』の対象外でも『仕送り』は行ってください。	
①認定対象者の方が、学生のため(大学生、専門学校生、予備校生など)	
②あなたが単身赴任中のため (単身赴任とは、あなたと、あなたの配偶者とが別居している状態)	
③認定対象者の方が、特別養護老人ホームや障害者施設に在所中のため	
<input checked="" type="checkbox"/> ④①～③以外の理由によるため	

2. 申請事由

申請するまでに加入していた医療制度の喪失年月日を記入 喪失前に申請する場合は、『喪失前』に○をする

※この1年間で該当する全ての項目にチェックしてください

	事由発生日
①あなたの入社に伴うため	平成 年 月 日
②認定対象者の方が、退職したため (退職日)→	平成 年 月 日
<雇用保険(失業給付)について、下記の該当するものいずれかにチェックをしてください> <input type="checkbox"/> 受給しない <input type="checkbox"/> 待期間、給付制限中〔主に自己都合退職〕(※) <input type="checkbox"/> 受給延長する(※) <input type="checkbox"/> 基本手当日額が3,611円(60歳以上または障害年金受給中の方は4,999円)以下で受給予定・受給中 ※受給が始まり、基本手当日額が3,612円以上(60歳以上または障害年金受給中の方は5,000円以上)の場合は、受給開始とともに扶養削除する必要があります。	
③認定対象者の方が、退職後、雇用保険の受給をしていたが終了したため	平成 年 月 日
④認定対象者の方が、任意継続被保険者の資格を喪失したため	平成 年 月 日
【提出書類】任意継続被保険者資格喪失証明書<原本> ※ソニー任意継続被保険者の資格喪失の場合は提出不要 450- (番号をご記入下さい)	
⑤認定対象者の方が、結婚したため	平成 29年 11月 22日
⑥認定対象者の方、もしくは、認定対象者の両親が、離婚したため	平成 年 月 日
⑦認定対象者の方が、あなたと同居したため	平成 年 月 日
⑧認定対象者の方が、自営業を廃業したため	平成 年 月 日
<input checked="" type="checkbox"/> ⑨認定対象者の方の収入が、減ったため	平成 29年 11月 30日
⑩認定対象者の方が今まで扶養に入っていた被保険者が、資格喪失したため	平成 年 月 日
※「今まで扶養に入っていた被保険者」の方が、あなたの場合は記入不要	
⑪あなたのソニー退職者医療制度加入に伴うため	平成 年 月 日
⑫その他 ()	平成 年 月 日

4. 認定対象者の方の配偶者の有無・状況 ※認定対象者の方があなたの配偶者の場合は記入不要

※民法上、夫婦は相互扶助関係があるため、認定対象者の方に配偶者がいる場合、第一にその配偶者の方によって認定対象者の方の生計が維持されている状態を確認します。

①配偶者あり⇒あなた(ソニー健保)の被扶養者である
②配偶者あり⇒他の医療保険制度に加入 ⇒配偶者の収入 あり なし
③配偶者なし⇒未婚
<input checked="" type="checkbox"/> ④配偶者なし⇒死亡 (20年 10月 25日) ⇒遺族年金 あり なし
⑤配偶者なし⇒離婚 (年 月 日) ⇒慰謝料 あり なし

〔個人情報保護に関して〕

※個人情報保護ポリシー(基本方針)に則り、取り組みを推進しています。

※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。

- 法令に基づく場合
- 人の生命、身分又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。
〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニー本社ビル11階 ソニー健康保険組合 TEL:050-3807-5059

⇒ 次頁へ

被保険者証の記号・番号		被保険者の氏名		認定対象者の氏名	続柄	年齢
記号	999	番号	999999	健保 太郎	健保 和子	母 62

※扶養認定に基づく重要な書類です。正確にご記入ください。

5. 認定対象者の方の年間収入(全ての項目を記入)
 ※右の【年間収入の算出方法】を参考に記入し、収入に関する証明書を添付してください。
 収入が無い場合でも、「無収入」であることを証明する書類の添付が必要になります。
 収入に関する証明書の詳細は、別紙『添付書類一覧』を参照ください。

①～⑩の全ての項目に、「あり」または「なし」と答える

※年間収入とは、申請後1年間の見込み額です。

①給与収入	あり ⇒ なし	年額	● 200,000 円
②年金収入 (厚生、国民、共済、恩給、障害、遺族年金など)	あり ⇒ なし	年額	● 300,000 円
③事業収入	あり ⇒ なし	年額	
④専従者給与収入	あり ⇒ なし	年額	円
⑤不動産収入	あり ⇒ なし	年額	
⑥雇用保険の失業給付(失業保険)受給 ※基本手当日額3,612円以下(60歳以上は5,000円以下)	あり ⇒ なし	年額	
⑦雑収入(原稿料、印税、講演料金など) 利子収入、配当収入	あり ⇒ なし	年額	
⑧他者からの援助 (養育費、慰謝料など継続的に支払われているもの)	あり ⇒ なし	年額	円
⑨傷病手当金または出産手当金	あり ⇒ なし	年額	円
⑩その他、生活費に充当できる収入	あり ⇒ なし	年額	円
合計 ※収入が全くない場合は、0円と記入			● 500,000 円

【年間収入の算出方法】

◆給与収入 ⇒
$$\left[\frac{\text{直近3ヶ月の給与の総支給額の合計}}{3} \right] \times 12\text{ヶ月} + (\text{賞与額} \times \text{支給されている回数})$$

※給与、賞与とも税控除前の総支給額。通勤交通費含む。
 ※専従者給与収入の場合は、前年度の確定申告書にて申告した金額

◆年金・恩給収入 ⇒ 支給金額 × 1年間に支給される回数<高齢厚生年金は6回、恩給は4回など>

※介護保険料控除前の支給額

◆等 ⇒ [売上金額 - (売上原価+経費)]


※前年度の確定申告書にて申告した金額
 ※但し、以下の経費は、原則は経費に含みません。
 ・減価償却費
 (資産購入などをし、実際に現金支出があったもののみ、経費に加えます)
 ・青色申告控除等の基礎控除
 ・給料・賃金等の人件費
 ・その他ソニー健保が直接的必要経費として認めない経費(ソニー健保HP参照)

◆雇用保険受給 ⇒ 基本手当日額 × 360日

※雇用保険受給中は、原則は扶養にできない。
 但し、(基本手当日額×360日)<130万円(もしくは180万円)の場合のみ申請可。
 申請可能な基本手当日額
 ・60歳未満の方・・・3,612円未満
 ・60歳以上の方、または障害年金を受給している方・・・5,000円未満

6. 誓約

今回の申請内容に、相違ありません。
 尚、事実と相違した内容があった場合には、被扶養者としての認定を遡って取り消し、保険給付の返還をすることに異存ありません。
 また、被扶養者の認定基準から外れた時には、直ちに扶養削除の手続きを致します。

被保険者氏名 健保 太郎 

※被保険者本人が氏名を記入した場合、本人の押印は不要です。

被保険者の方の署名、捺印

ソニー健保記入欄