

# 家 族 調 書

所 属 所 名	記 号	番 号	組 合 員 氏 名	性 別
〇〇市	100	1234	共 済 太 郎	男・女

## 組合員と同居する家族に関する事項 組合員と同一世帯に属する全員について記入してください。

氏 名	生 年 月 日 (満 年 齢)	続 柄	収入の種類	給与条例による 扶養手当の受給	現在加入している医療保険制度
共 済 父	大 昭 平 令 ○ ○ ○ ○ ( 70 歳)	父	無収入・給与・事業・農業・不動産 年金・その他 ( )	有 無	・市町村国保・職域国保 (建設国保や医師国保など) ・勤務先の社保・前職の社保 (任意継続) ・家族 ( ) の被扶養者・後期高齢者医療
共 済 母	大 昭 平 令 ○ ○ ○ ○ ( 65 歳)	母	無収入・給与・事業・農業・不動産 年金・その他 ( )	有 無	・市町村国保・職域国保 (建設国保や医師国保など) ・勤務先の社保・前職の社保 (任意継続) ・家族 ( ) の被扶養者・後期高齢者医療
共 済 妻	大 昭 平 令 ○ ○ ○ ○ ( 45 歳)	妻	無収入・給与・事業・農業・不動産 年金・その他 ( )	有 無	・市町村国保・職域国保 (建設国保や医師国保など) ・勤務先の社保・前職の社保 (任意継続) ・家族 ( ) の被扶養者・後期高齢者医療
共 済 二 男	大 昭 平 令 ○ ○ ○ ○ ( 15 歳)	二男	無収入・給与・事業・農業・不動産 年金・その他 ( )	有 無	・市町村国保・職域国保 (建設国保や医師国保など) ・勤務先の社保・前職の社保 (任意継続) ・家族 (組合員) の被扶養者・後期高齢者医療
共 済 妹	大 昭 平 令 ○ ○ ○ ○ ( 35 歳)	妹	無収入・給与・事業・農業・不動産 年金・その他 ( )	有 無	・市町村国保・職域国保 (建設国保や医師国保など) ・勤務先の社保・前職の社保 (任意継続) ・家族 (母) の被扶養者・後期高齢者医療
	大 昭 平 令 . . . ( 歳)		無収入・給与・事業・農業・不動産 年金・その他 ( )	有 無	・市町村国保・職域国保 (建設国保や医師国保など) ・勤務先の社保・前職の社保 (任意継続) ・家族 ( ) の被扶養者・後期高齢者医療

## 組合員と別居する家族に関する事項 組合員又は被扶養者申請対象者と送金等の経済的な関係がある方について記入してください。

氏 名	生 年 月 日 (満 年 齢)	続 柄	収入の種類	給与条例による 扶養手当の受給	現在加入している健康保険制度
共 済 長 男	大 昭 平 令 ○ ○ ○ ○ ( 21 歳)	長男	無収入・給与・事業・農業・不動産 年金・その他 ( )	有 無	・市町村国保・職域国保 (建設国保や医師国保など) ・勤務先の社保・前職の社保 (任意継続) ・家族 (組合員) の被扶養者・後期高齢者医療
	別居理由: 進学・介護等施設入所・入院・業務上の必要による単身赴任・そのほか理由 ( ) 別居住所: 〒○○○-○○○○ △△県△△市 □□町□□丁目□□番地□□号 □□アパート□□号室				
共 済 祖 母	大 昭 平 令 ○ ○ ○ ○ ( 95 歳)	祖母	無収入・給与・事業・農業・不動産 年金・その他 ( )	有 無	・市町村国保・職域国保 (建設国保や医師国保など) ・勤務先の社保・前職の社保 (任意継続) ・家族 ( ) の被扶養者・後期高齢者医療
	別居理由: 進学・介護等施設入所・入院・業務上の必要による単身赴任・そのほか理由 ( ) 別居住所: 〒○○○-○○○○ △△県△△市 □□町□□丁目□□番地□□号 『施設名称』				
3	大 昭 平 令 . . . ( 歳)		無収入・給与・事業・農業・不動産 年金・その他 ( )	有 無	・市町村国保・職域国保 (建設国保や医師国保など) ・勤務先の社保・前職の社保 (任意継続) ・家族 ( ) の被扶養者・後期高齢者医療
	別居理由: 進学・介護等施設入所・入院・業務上の必要による単身赴任・そのほか理由 ( ) 別居住所: 〒				

## 農業に関する事項

農業に従事している者全員の氏名を記入し、全体の稼働を100とした場合の従事割合(%)も記入してください。  
割合によって算出された収入は従事者の収入としてみなします。

従事者及び 従事割合(%) (全体の耕作を100 とした場合の割合)	氏名	氏名	氏名	氏名
		共済 父	共済 太郎	
	80 %	20 %	%	%

組合員が扶養しなければならない具体的な事情

長男、次男は学生であるため収入がありません。

また、組合員は組合員配偶者よりも収入が多く、主たる生計維持者は組合員  
つきましては、新規に(または継続して)認定いただきたいと思えます。

主管課（共済事務担当課）の確認事項

左記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

所属所長

○○ ○○

## 記載上の注意事項

この調書は、事実に基づいて正確に記入してください。事実と相違する記載により、被扶養者として認定されていることが判明した場合、認定日に遡って認定を取