

被 扶 養 者 調 査 書

提出年月日 平成〇年〇月〇日 ← 省略不可

1. 被保険者について

| 被保険者 | 記号 | 番号 | 氏名 | 配偶者 | 事業所・連絡先電話番号 | 年間収入額(見込) |
|------|----|------|-------|-----|----------------------------|-----------|
| | 1 | 9999 | 健保 太郎 | 有 無 | 〇〇〇〇事業所 電話 03-8765-4321 | 500万円 |

2. 今回、被扶養者とする者について

※保険証の記号・番号を記入

| 認定対象者氏名 | 生年月日 | 続柄 | 職業・学年 | 住所 | 同居・別居 |
|---------|-----------|-------|-------|--|-------|
| 健保 花子 | 昭平 〇〇・1・1 | 35歳 妻 | 無職 | 〒123-4567 東京都〇〇区〇〇1-2-3 〇〇マンション405号室 | 同・別 |

3. 被扶養者とする者の現在の状況について

| | | |
|-------------------------|--|---|
| 今まで加入していた保険 | <input checked="" type="checkbox"/> 1. 健康保険 被保険者・任意継続被保険者・被扶養者(被保険者名 健保 太郎) <input type="checkbox"/> 2. 共済組合 被保険者・被扶養者(被保険者名) <input type="checkbox"/> 3. 国民健康保険 世帯主・家族(世帯主名) | |
| 申請理由 | 1. 新規加入(被保険者入社) 2. 2年以上無職 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 2年以内に退職 (平成〇年〇月〇日) 4. 収入の減(平成 年 月 日) 5. 再就職喪失 (平成 年 月 日) 6. 以前扶養していた者の死亡 (平成 年 月 日) 7. 離婚(平成 年 月 日) 8. 自営業の廃業 (平成 年 月 日) 9. 大学・専門学校への入学 (平成 年 月 日) 10. その他(理由を明記) () 父母・祖父母が別居の場合、兄弟姉妹・孫等を扶養する場合は、扶養に至る理由を明記して下さい。 | |
| 就業状況 | 1. 2年以上無職 | 今までの勤務先 △△△△株式会社 勤務期間 平成〇年〇月〇日 ~ 〇年〇月〇日 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 2年以内に退職 雇用保険の状況 1. 失業給付を受給する予定 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 失業給付の受給期間延長中 3. 失業給付の受給終了 4. 失業給付を受給しない 5. 雇用保険の適用除外者 |
| | 3. 就労中(パート・アルバイト含む) | 勤務先 年間収入 円 |
| | 4. 自営業を廃業 | 職種 廃業日 平成 年 月 日 |
| | 5. 自営業を開業中 | 職種 年間売上 円 |
| | 6. その他 | 状況 |
| | 認定対象者の収入の有無 | 年金・恩給 1. ある 年額(円) 種類: Ⅰ. 老齢年金 Ⅱ. 遺族年金 Ⅲ. 障害年金 Ⅳ. 企業年金 Ⅴ. 恩給 Ⅵ. その他の年金() <input checked="" type="checkbox"/> 2. ない 理由: <input checked="" type="checkbox"/> Ⅰ. 受給年齢未達 <input type="checkbox"/> Ⅱ. 加入期間不足 <input type="checkbox"/> Ⅲ. その他() 社会保険給付等 1. ある 月額(円) 種類: Ⅰ. 傷病手当金 Ⅱ. 出産手当金 Ⅲ. 労災保険の休業補償 <input checked="" type="checkbox"/> 2. ない その他の収入 1. ある 年額(円) 種類: Ⅰ. 賃金・給与 Ⅱ. 利子・配当 Ⅲ. 家賃・地代 <input checked="" type="checkbox"/> 2. ない Ⅳ. 自営収入 Ⅴ. その他() 認定対象者の年間 総収入金額(円) 収入の範囲は認定基準に記載のものすべて含む |
| 認定対象者は被保険者の税法上の扶養家族になるか | <input checked="" type="checkbox"/> 1. なっている又は今後なる <input type="checkbox"/> 2. ならない 理由: Ⅰ. 収入が103万以上、もしくは扶養基準を超えているため Ⅱ. 他の者の扶養家族 扶養している者の氏名() 認定対象者との続柄() Ⅲ. その他() | |

4. 認定対象者が配偶者及びその子以外の場合は下記にも記入して下さい。

| 被扶養者以外 | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 同居・別居 | 年間収入 | 援助額 | 住所 | 扶養できない理由又は状況 |
|--------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------|---------------------------|------|-----|----|--------------|
| | | | | 同・別 | 万円 | 万円 | | |
| | | | | 同・別 | 万円 | 万円 | | |
| 認定対象者の配偶者の有無 | 1. ある 配偶者の氏名 () 配偶者の年収額(万円) | | ※配偶者の年収額証明書の提出が必要です | | | | | |
| | 2. ない 理由() | | | | | | | |
| 仕金送り額 | 認定対象者が被保険者と別居している場合の仕送り金額 | 被保険者から認定対象者に対する年間仕送り金額 (万円) | | | | | | |
| | | 被保険者以外の家族から認定対象者への仕送り金額 (万円) | | 仕送りする者の氏名() 認定対象者との続柄() | | | | |

上記の通り、相違ありません。認定後、事実と相違していることが判明した場合は、被扶養者の抹消、給付の停止、医療費の返還請求にも速やかに対応します。尚、就職した場合や収入に変動等があった場合は、速やかに連絡します。

被保険者

健保 太郎

