

被扶養者認定調書

※申請被扶養者が複数名の場合は、被扶養者認定調書を一人1枚で作成してください。

※記入漏れがある場合は返却します。

年 月 日 提出

被 保 険 者	事業所名	所属		
	記号・番号	—	氏名	生年月日 年 月 日
	被保険者住所			
申 請 被 扶 養 者	氏名	続柄	年齢 歳	生年月日 年 月 日
	居住形態	同居・別居 職業		
	被扶養者住所			
扶養申請事由	1.取得時 2.加入異動（離職・結婚・学生・雇用保険受給終了・病弱・その他）			
1) 今回、被保険者が扶養することになった理由(具体的に)				
2) 今まで加入していた保険	1.健保（政管・組合） 2. _____市国民健康保険 3.任意継続・親の扶養等			
3) 申請被扶養者の申請前の職業又は勤務先(下欄へ記入)				
勤務先(会社名)			所在地・電話	
退職又は廃業年月日 年 月 日			退職又は廃業理由	
雇用保険関係調査	離職票交付の有無	有・無	受給意思有無	有・無
◎申請被扶養者収入の有無(○で囲み、該当欄に記入)				
〈種類〉				
① 勤労所得(パート・アルバイト)	有・無	月額	円	
② 被扶養者(学生のアルバイト)	有・無	月額	円	
③ 年金・恩給(障害年金含む)	有・無	月額	円	
④ 遺族年金	有・無	月額	円	
⑤ 不動産収入	有・無	月額	円	
⑥ 自営業	有・無	月額	円	
⑦ 傷病手当金・傷病手当金付加金	有・無	月額	円	
◎勤務状況(パート・アルバイト等で収入ある方のみお答えください)				
① 勤務先	所在地			
◎勤務形態				
② 勤務時間	午前・午後	:	～	午前・午後
③ 勤務日数	週	日	(1ヶ月 約	日間)
④ 給与	時給	円	(月額 約	円)
健康保険組合記入欄 ・上記被扶養者の認定調査処理経過 ①必要書類提出完了 ②添付不足書類 () 認定調査年月日 年 月 日				受付日付印
認定可	常務理事	事務長	係員	
認定不可				