

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。

〇〇〇〇年〇〇月〇〇日 提出

被 保 険 者	事業所名	〇〇工場	所属	〇〇〇〇部 〇〇〇〇課 〇〇〇〇係				
	記号・番号	〇 - 〇〇〇〇	氏名	日飛 太郎	生年月日	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日		
	被保険者住所	神奈川県横浜市〇〇区〇〇町～						
申 請 被 扶 養 者	氏名	日飛 花子	続柄	妻	年齢	〇〇 歳	生年月日	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日
	居住形態	同居・別居		職業	なし			
	被扶養者住所	同上						
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) 退職により収入が無くなったため								
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				
〇〇〇〇株式会社				〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇				
退職又は廃業年月日				退職又は廃業理由				
〇〇〇〇年〇〇月〇〇日				出産のため				
雇用保険関係調査		離職票交付の有無			受給意思有無			
		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		収入が無い場合は0(ゼロ)と記入				
		有・無		0 円				
② 被扶養者(学生のアルバイト)		有・無		月額 0 円				
③ 年金・恩給(障害年金含む)		有・無		月額 0 円				
④ 遺族年金		有・無		月額 0 円				
⑤ 不動産収入		有・無		月額 0 円				
⑥ 自営業		有・無		月額 0 円				
⑦ 傷病手当金・傷病手当金付加金		有・無		月額 0 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		まで
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							受付日付印	
・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	
認定可							常務理事	
認定不可							事務長	
							係員	