

# 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 3.退職・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		退職票交付の有無			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	〇	円	収入が無い場合は 0(ゼロ)と記入				
② 被扶養者(学生のアルバイト)	有・無	〇	円					
③ 年金・恩給(障害年金含む)	有・無	〇	円					
④ 遺族年金	有・無	〇	円					
⑤ 不動産収入	有・無	〇	円					
⑥ 自営業	有・無	〇	円					
⑦ 傷病手当金・傷病手当金付加金	有・無	〇	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	事務長	係員					
認定不可								