

# 被扶養者認定調書

					提出年月日	平成 年 月 日
被保険者	記号	番号	氏名	連絡先電話番号・部署名	年間収入額(見込)	
					円	

以下は申請される認定対象者について記入してください。

認定対象者氏名	生年月日	続柄	職業・学年	住所	同居・別居
	明・大 年 月 日 昭・平	歳			同・別

認定対象者の該当するものに○をつけ、記入してください。

申請理由	1. 被保険者の保険加入	5. 任継喪失 (平成 年 月 日)	9. 大学・専門学校等への入学 (平成 年 月 日)
	2. 結婚 (平成 年 月 日)	6. 扶養者の死亡 (平成 年 月 日)	10. その他(理由を明記)
	3. 退職 (平成 年 月 日)	7. 離婚 (平成 年 月 日)	
	4. 収入の減 (平成 年 月 日)	8. 自営業の廃業 (平成 年 月 日)	
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、扶養するに至る理由を明記してください。			
今まで加入していた保険			
1. 健康保険 2. 国民健康保険 3. 共済組合 4. 任継継続保険 5. その他( )			

就業状況	1. 1年以上無職			
	2. 1年以内に退職	今までの勤務先	勤務期間	年 月 日 ~ 年 月 日
		雇用保険の状況	1. 失業給付の受給制限期間である	3. 失業給付の受給期間延長中である
	3. 就職中	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			

認定対象者又は今後の収入の有無	1. ある ※右の内訳も記入してください。(雇用保険の受給申請をまだ行っていない場合は、「雇用保険(失業手当)」欄の期間、受給日額を記入する必要があります。)	出産手当金	ない・ある	年 月 日 ~ 年 月 日頃まで	受給日額:	円
		傷病手当金	ない・ある	年 月 日 ~ 年 月 日頃まで	受給日額:	円
		雇用保険(失業手当)	ない・ある	年 月 日 ~ 年 月 日頃まで	受給日額:	円
		年金・恩給	ない・ある	老齢・遺族・厚生・障害・共済 恩給・その他の年金( )	年額:	円
		勤労収入	ない・ある	アルバイト・パート・自営 その他( )	年額:	円
		家賃・地代収入	ない・ある		年額:	円
		その他の収入	ない・ある	具体的に: ( )	年額:	円
2. ない						

認定対象者は被保険者の税法上の扶養家族になるか	1. なっている 又は 今後なる
	2. ならない 理由: イ. 収入が103万円以上 ロ. 他者の扶養家族 被扶養者の氏名( ) 認定対象者との続柄( ) ハ. その他( )

認定対象者が配偶者以外の方は下記にも記入してください。

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 ( 死別 その他 )

被保険者(親・兄弟以外の扶養義務者)	氏名	続柄	年齢	年間収入	同居・別居	住所	扶養できない理由
				万円	同・別		
				万円	同・別		
				万円	同・別		

仕送り金額	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( )