

# 被扶養者認定調書

				提出年月日	平成〇〇年 〇〇月 〇〇日
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)
	〇〇〇〇	〇〇〇〇	健保 太郎	株式会社〇〇〇〇 〇〇〇部 電話 〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇 (内線)〇〇	〇,〇〇〇,〇〇〇円

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
健保 花子	明・大昭 〇〇年〇〇月〇〇日 〇〇歳	妻	無職	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-1	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)
理由	3. 退職 (平成27年7月 31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	株式会社 〇〇〇〇	勤務期間	25年 4月 1日 ~ 27年 7月 31日
	3. 就職中	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	5. 雇用保険適用除外者である
	4. 自営業を廃業	勤務先	2. 失業給付の受給を終了している	4. 失業給付を受給しない	
	5. 自営業を開業中	職種	年間収入	円	
	6. その他	職種	廃業日	平成 年 月 日	

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。)	内訳	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:	(見込)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場合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( )