

被扶養者認定に係る『誓約書』

- 1 本調査に記載した内容に虚偽がないことを誓約いたします。
- 2 認定対象者の収入は、年間130万円(年金受給者および障がい者は180万円)を超えないことを誓約いたします。
- 3 扶養認定後、その状況に変更があった場合は、速やかにその状況に応じた手続きを行います。
- 4 届出を怠ったり、事実と異なる届出を行っていた場合は、遡って資格取消を受け、当該期間の療養費・給付金のすべてを返還し、これについての異議申し立てはいたしません。

令和 ○○年 ○○月 ○○日 被保険者の記号・番号 ○○○ — ○○○  
 被保険者の氏名(自署) 健保 太郎

被扶養者認定調査 ※16歳以上の認定対象者(学生を除く)について、該当事項の全てをまれなくご記入ください。

認定対象者氏名	生年月日	年齢	続柄	同居・別居
健保 花子	昭平 令和 ○○年 ○○月 ○○日	○○歳	妻	同居・別居
配偶者の状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別 (遺族年金の受給 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 理由 )			

申請理由(認定対象者の状況を回答ください)	事由発生日
<input type="checkbox"/> 被保険者の資格取得(入社)に伴い	令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> 結婚	令和 年 月 日
<input checked="" type="checkbox"/> 退職 ☆ 雇用保険失業給付を <input checked="" type="checkbox"/> 受給する予定 ( <input checked="" type="checkbox"/> 待機期間中 <input type="checkbox"/> 受給延長中 ) <input type="checkbox"/> 受給しない ( <input type="checkbox"/> 受給権利放棄 <input type="checkbox"/> 加入期間不足 <input type="checkbox"/> 雇用保険未加入 )	令和 ○○年 ○○月 ○○日
<input type="checkbox"/> 収入の減少	令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> 自営業の廃業	令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> 雇用保険失業給付の受給終了	令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> 来日(外国籍の方の入国および呼寄せ)	令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> 他者の扶養から異動	令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> その他 ( )	

認定対象者が加入していた健康保険
<input type="checkbox"/> 社会保険 (任意継続を含む) <input type="checkbox"/> 楽天健康保険組合に加入 記号: _____ 番号: _____ <input type="checkbox"/> 他の健康保険組合に加入 健康保険組合名: _____
<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> その他 ( )

認定対象者の職業・収入等 異動年月日(扶養をし始めた日)時点の収入について	
異動年月日(扶養をし始めた日)時点で収入はありますか。 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ここ数年は無職 <input checked="" type="checkbox"/> 昨年または本年途中で退職(以下①~③をご記入ください)
※収入について該当するもの全てをご記入ください	①退職日 <u>○○年 ○○月 ○○日</u> ②勤務先名 <u>○○○○株式会社</u> ③雇用保険失業保険 ※受給中の場合は、収入ありの欄にご記入ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 受給する予定 → <input checked="" type="checkbox"/> 待機期間中 <input type="checkbox"/> 受給延長中 * 雇用保険受給資格者証(両面コピー)を提出してください。 * 受給中は原則認定不可です。受給開始後、扶養削除手続きをしてください。 <input type="checkbox"/> 受給しない → <input type="checkbox"/> 受給権利放棄 <input type="checkbox"/> 加入期間不足 <input type="checkbox"/> 雇用保険未加入 <input type="checkbox"/> 受給終了 → 年 月 日 終了 <input type="checkbox"/> 自営業を廃業 廃業日 年 月 日
<input type="checkbox"/> 給与収入(パート、アルバイトを含む) 年約 万円 <input type="checkbox"/> 事業収入(自営業、農業、不動産、配当金等) 年約 万円 <input type="checkbox"/> 年金収入(老齢、遺族、障害等) 年約 万円 <input type="checkbox"/> 傷病手当金、出産手当金、育児休業給付金等 開始日 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 雇用保険失業給付 ※受給中は原則認定不可 開始日 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 仕送り(誰から) 月額 万円 <input type="checkbox"/> その他の収入(具体的に) 年約 万円	

被保険者以外の扶養義務者(例:母の申請→父、父母の申請→兄弟、義父母の申請→配偶者の兄弟等)						
氏名	続柄	年齢	年間収入	同居・別居	認定対象者への送金額	扶養できない理由
			約 万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	月額約 万円	
			約 万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	月額約 万円	
			約 万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	月額約 万円	
			約 万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	月額約 万円	

申立欄

.....

.....