

被扶養者認定調書

1. 被保険者について

被保険者証 の記号番号	記号	被保険者 氏名	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	番号						
① あなたは、給与収入以外の収入はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある							
② あなたの給料について、家族手当の支給の対象となっていますか？ <input type="checkbox"/> なっている <input type="checkbox"/> なっていない（理由： _____）							
③ あなたの給料について、源泉所得税の扶養控除の対象となっていますか？ <input type="checkbox"/> なっている <input type="checkbox"/> なっていない（理由： _____）							

2. 今回、被扶養者とする者について

被扶養者とする者の氏名	生年月日	昭和 平成	年	月	日	被保険者との続柄	世帯	同居 別居
今まで加入していた保険		健康保険 国民健康保険 共済組合 その他（ _____ ）						
① 申請理由 <input type="checkbox"/> 今まで被保険者に扶養されていた								
<input type="checkbox"/> 会社を退職した（平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日退職）								
<input type="checkbox"/> 結婚（平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日） <input type="checkbox"/> 離婚（平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日）								
<input type="checkbox"/> 収入の減少（平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日）								
<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）								
② 被扶養者として申請する者に配偶者はいますか？ <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる								
③ 現在働いていますか？ <input type="checkbox"/> 働いていない <input type="checkbox"/> 働いている（1ヶ月の収入額 _____ 円）								
④ 雇用保険法による失業給付金を受けていますか？ <input type="checkbox"/> 雇用保険の適用除外者 <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 延長中 <input type="checkbox"/> 申請しない <input type="checkbox"/> 受給終了								
⑤ 年金等を受給していますか？ <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている（年額： _____ 円） <input type="checkbox"/> 申請中 ※受給している場合、その種類 <input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 企業年金 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）								
⑥ その他に何か収入はありますか？ <input type="checkbox"/> 収入はない <input type="checkbox"/> 収入はある（種類： _____ 1ヶ月の収入額 _____ 円）								

3. 被保険者以外の扶養義務者の有無（配偶者・親・兄弟姉妹等）

氏名	続柄	年齢	年収 万円	仕送額 万円	世帯	同居 別居	住所
① 氏名	続柄	年齢	年収 万円	仕送額 万円	世帯	同居 別居	住所
② 氏名	続柄	年齢	年収 万円	仕送額 万円	世帯	同居 別居	住所
③ 氏名	続柄	年齢	年収 万円	仕送額 万円	世帯	同居 別居	住所

4. 扶養の申請理由

① 被保険者が扶養しなければならない理由

5. 被保険者と被扶養者とする者が別居の場合、ご記入ください。

① 同居していない理由
② 別居先で誰かと同居していますか？ <input type="checkbox"/> 同居していない <input type="checkbox"/> 同居している
③ 仕送額 <input type="checkbox"/> 仕送をしていない <input type="checkbox"/> 仕送をしている（金額：毎月 _____ 円）

上記の通り、相違ありません。 認定後事実と相違していることが判明した場合は、被扶養者の抹消、給付の停止、医療費の返還請求にも速やかに対応します。 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 被保険者氏名 _____ ㊟
