

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 ○○ 番号 ○○○	被保険者氏名	健保太郎	生年月日	昭和 平成	年	月	日	被保険者との続柄	妻	世帯	同居 別居
① あなたは、給与収入以外の収入はありますか？ <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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	妻	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 checked="" type="checkbox"/> 会社を退職した（平成 22年 1月 15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 checked="" type="checkbox"/> いる												
③ 現在働いていますか？ <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 受給終了												
⑤ 年金等を受給していますか？ <input checked="" 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 checked="" 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）

① 氏名	住所	世帯	同居	住
② 氏名	住所	世帯	同居	住
③ 氏名	住所	世帯	同居	住

※扶養義務者がいる場合は必ず記入してください

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
妻が勤め先を退職し、その後、雇用保険の失業給付を受給していたが、22年3月30日付で受給終了となった為

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	※被保険者と別居している場合は必ず記入してください
② 別居先で誰かと同居しています	
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応じます。

被保険者氏名 健保太郎 平成 ○○ 年 ○ 月 ○ 日