

記入例

被扶養者調査票

認定対象者氏名	健保 花子	続柄	妻	生年月日	昭和 平成 令和	〇〇年 〇〇月 〇〇日	(〇〇 歳)
---------	-------	----	---	------	----------------	-------------	---------

1. 対象者(被扶養者として申請する方)の現況について記入してください。

被保険者と	⇒ 同居・別居	別居理由	被保険者と家計は	⇒ 同一・別
申請前に加入していた健康保険	<input checked="" type="checkbox"/> 会社加入の健康保険 (本人・ <u>家族</u>) (健保名 <u>〇〇健康保険組合</u>) <input type="checkbox"/> 任意継続健康保険 (本人・家族) (健保名) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 未加入 (令和 年 月 日から) <input type="checkbox"/> その他()			
被扶養者申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者入社のため <input type="checkbox"/> 結婚のため (入籍日 令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 離職して現在無職無収入のため <input type="checkbox"/> 収入が月額108,334円(年収換算130万円)未満になったため ※対象は16歳以上60歳未満 <input type="checkbox"/> 収入が月額150,000円(年収換算180万円)未満になったため ※対象は60歳以上または障害年金受給者 <input type="checkbox"/> 事業を廃業したため (令和 年 月 日廃業) <input type="checkbox"/> 失業給付の制限/受給終了のため <input type="checkbox"/> その他 理由()			
今後の収入見込額	□収入有	<input checked="" type="checkbox"/> 給与収入	正社員・ <u>パート</u> ・アルバイト・その他()	月額 96,000 円 年額 1,152,000 円
		<input type="checkbox"/> 事業収入	自営業(仕事内容)	月額 円 年額 円
		<input type="checkbox"/> 年金収入	老齢・遺族・障害・共済・企業・恩給・その他()	月額 円 年額 円
		<input type="checkbox"/> 手当金	傷病手当金・出産手当金 ※日額3,612円以上は扶養不可(60歳以上他:日額5,000円以上)	日額 円 月額 円
		<input type="checkbox"/> その他	不動産・利子・配当金・その他()	月額 円 年額 円
□収入無				年間合計額 1,152,000 円

2. 退職を契機として申請する場合は記入してください。(直近1年以内に退職している場合を含む)

勤務先名	退職日	令和 年 月 日	退職理由	<input type="checkbox"/> 自己都合 <input type="checkbox"/> 会社都合
雇用保険(失業給付)受給状況	<input type="checkbox"/> 受給できない	理由 <input type="checkbox"/> 雇用保険未加入 <input type="checkbox"/> 加入期間不足 <input type="checkbox"/> その他()		
	<input type="checkbox"/> 受給しない	理由 ()		
	<input type="checkbox"/> 給付制限期間中	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	制限予定 日額: 円	※受給を開始し、基本日額が3,612円以上の場合は扶養削除手続きが必要です。(60歳以上・障害年金受給者は日額5,000円以上)
	<input type="checkbox"/> 受給中/職業訓練中	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	終了予定 日額: 円	
	<input type="checkbox"/> 受給終了	令和 年 月 日	受給終了	
	<input type="checkbox"/> 受給延長中	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	延長予定	理由 <input type="checkbox"/> 出産【出産(予定)日:令和 年 月 日】 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> その他()

3. 扶養認定対象者が子の場合は記入してください。

被保険者の配偶者状況	□ いる ⇒	<input type="checkbox"/> 扶養している または 同時に申請中 <input type="checkbox"/> 配偶者も 大京健康保険組合の被保険者 記番号:(-) 氏名:() <input type="checkbox"/> 扶養していない ⇒ 配偶者の氏名() 健保名() 配偶者の収入 年額:()万円 ※配偶者の年収証明書の提出が必要
	□ いない ⇒	<input type="checkbox"/> 離婚 → (養育費 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚 → (養育費 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)

4. 扶養認定対象者が配偶者・子以外の場合は記入してください。

認定対象者の配偶者状況	□ いる ⇒	配偶者の氏名() 健保名() 配偶者の収入 → <input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> その他() □ 収入無 年額:()万円 ※配偶者の年収証明書の提出が必要				
	□ いない ⇒	<input type="checkbox"/> 未婚・離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他(詳細理由:)				
被保険者以外の扶養義務者	氏名	続柄	年齢	同居・別居	年収見込額	扶養できない理由
* 父母の申請 → 兄弟姉妹(義父母) 被保険者の配偶者			歳	同居・別居	万円	
* 兄弟の申請 → 両親、兄弟姉妹			歳	同居・別居	万円	
* 孫の申請 → 孫の両親			歳	同居・別居	万円	

上記のとおり、認定対象者は主として私の収入により、生計維持していることを申告いたします。
 なお、事実と相違していた場合は、被扶養者の認定を遡って取り消され、保険給付費等を返還することに異議ありません。
 また、扶養者としての資格を満たさない状況になった場合は、ただちに扶養削除の届出を致します。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

被保険者署名

健保 太郎

