

## 被扶養者調書

下記のとおり、私の被扶養者として申請します。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。

提出日	令和 ● 年 ● 月 ● 日		※下記太枠内について、漏れなく記入して下さい。				
被保険者欄	社員番号 △△△△	氏名	健保 健一			記号	番号
氏名	健保 康江		続柄	母	同別居区分	同居 <input checked="" type="radio"/> 別居	※別居の場合は「同居・別居区分変更申請書」を提出して下さい
申請理由	1. 新規加入(被保険者入社)      2. 結婚(平成・令和 年 月 日入籍)      3. 退職(平成・令和 年 月 日退職) 4. 収入の減(平成・令和 ● 年 ● 月 ● 日から)      5. 任職喪失(平成・令和 年 月 日喪失)      6. 自営業廃業 7. 離婚(平成・令和 年 月 日離婚)      8. 大学・専門学校等への入学(平成・令和 年 月 日入学) 10. その他(理由を明記 _____)						
*申請対象者が「被保険者と別居」「被保険者との続柄が兄弟姉妹・孫」の場合、扶養するに至る理由を明記して下さい。 <b>パートを辞め年金収入のみでは生活が苦しいため、私の仕送りで母の生活を支えているため。</b>							
今まで加入していた保険	1. 健康保険 <input checked="" type="radio"/> 2. 国民健康保険    3. 任意継続    4. その他( _____ )						
申請対象者について記入してください	1. 1年以上無職	今までの勤務先 <b>株式会社●●●●●</b> 勤務期間 <b>平 令 ● 年 ● 月 ● 日 ~ 平 令 ● 年 ● 月 ● 日</b>					
	2. 1年以内に退職	雇用保険の状況	1. 失業給付の受給制限期間である      2. 失業給付の受給期間延長中である ※状況が1.2の場合、受給開始後は被扶養者削除の届出を速やかに行ってください 3. 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 <input checked="" type="radio"/> 雇用保険適用除外者である 5. 失業給付受給中で基本日額が3,612円(60歳以上または障害者の場合5,000円)未満である				
	3. 就労中	勤務先	年間収入	円			
	4. 自営業を廃業	職種	廃業日	平成・令和 年 月 日			
	5. 自営業を開業中	職種	年間売上	円			
	6. その他	状況					
収入の有無	年金・恩給	1. <input checked="" type="radio"/> ある	年額 ( <b>650,000</b> 円 )	種類 <input checked="" type="radio"/> a. 老齢年金    b. 遺族年金    c. 障害年金    d. 企業年金 e. 恩給    f. その他の年金 ( _____ )			
		2. <input type="radio"/> ない	理由	a. 受給年齢未達    b. 加入期間不足    c. その他 ( _____ )			
	社会保険給付等	1. <input type="radio"/> ある	月額 ( _____ 円 )    受給期間 ( _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日 )	種類 a. 傷病手当金    b. 出産手当金    c. 労災保険の休業補償 e. その他 ( _____ )			
		2. <input checked="" type="radio"/> ない					
	その他の収入	1. <input type="radio"/> ある	年額 ( _____ 円 )	種類 a. 賃金・給与    b. 利子・配当    c. 家賃・地代    d. 自営収入 e. その他 ( _____ )			
		2. <input checked="" type="radio"/> ない					
申請対象者の年間収入金額の合計			( <b>650,000</b> 円 )				
申請対象者は被保険者の税法上の扶養家族になるか		1. <input checked="" type="radio"/> なっている 又は 今後なる	2. <input type="radio"/> ならない (理由: _____)				
*認定対象者が<配偶者以外>のときは下記も記入して下さい。							
扶養認定対象者の配偶者の有無		1. <input type="radio"/> ある 配偶者の氏名 ( _____ )    配偶者の年収 ( _____ 円 )	2. <input checked="" type="radio"/> ない a. 未婚    b. 死別    c. <input checked="" type="radio"/> その他 ( <b>離婚</b> )				
被扶養者以外の扶養義務者	氏名	続柄	年齢	年収	同別居	住所	扶養出来ない理由
	健保 美子	妹	25	350 万円	同 <input checked="" type="radio"/> 別	横浜市●●●●○●●	仕送りする余裕が無いため
				万円	同・別		
仕送り金額		被保険者から申請対象者に対する年間仕送り金額 ( <b>840,000</b> 円 )					
申請対象者が被保険者と別居している場合		被保険者以外の家族から申請対象者への年間仕送り金額 ( <b>0</b> 円 )					
		仕送りする者の氏名 ( _____ )    申請対象者との続柄 ( _____ )					