被扶養者認定調書

下記のとおり相違ありません。事実と相違していた場合は認定の取り消しや、健康保険組合から支払われた給付金について返納させられても異議はありません。また、就職した場合や収入に変動があった場合は速やかに被扶養者削除の手続きをいたします。

令和　　年　　月　　日　　被保険者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

■認定対象者について記入または○をしてください。

被保険者	記号		番号		認定対象者氏名		続柄		年齢	

①	被扶養者として申請することになった事由	1. 入社のため　2. 結婚したため　3. 仕事を辞めて無収入になったため 4. 収入が減ったため　5. 雇用保険失業給付受給終了のため 6. その他［　　］	
②	直近まで加入していた健康保険を教えてください	1. 国民健康保険　2. 全国健康保険協会 3. その他の健康保険・共済組合　［保険者名称　　］ 4. 未加入　＊2～3に○をした方 ⇒　本人として加入　家族として加入	
③	現在働いていますか	はい ［会社名　　］ （⑦へお進みください）	いいえ （④へお進みください）
④	過去2年間に働いていたことがありますか	ある （⑤へお進みください）	ない （⑦へお進みください）
⑤	雇用保険に加入していましたか	はい（⑥へお進みください） ［退職年月日　　年　　月　　日］ ［退職理由　　］	いいえ（⑦へお進みください） ［退職年月日　　年　　月　　日］ ［退職理由　　］
⑥	現在の雇用保険受給状況を教えてください ※基本日額が3,612円を超える場合は認定できません（60歳以上は5,000円）	1. 受給中 2. 申請中または申請予定［手続日　　年　　月　　日］ 3. 延長中または延長予定［延長理由　　］ 4. 受給終了［終了日　　年　　月　　日］ 5. 受給しない［理由　　］ 6. その他［　　］（⑦へお進みください）	
⑦	現在、収入がありますか	ある （⑧へお進みください）	なし （⑩へお進みください）
⑧	収入額を教えてください	［年間収入（通勤交通費を除く）約　　円］ ［通勤交通費※　月　　円］（⑨へお進みください）	
⑨	収入内容を教えてください	1. 給与（パート・アルバイト収入）　2. 不動産収入 3. 利子・配当金収入　4. 自営業収入 5. 年金・恩給（種類に○をしてください） A. 老齢年金　B. 遺族年金　C. 個人年金　D. 障害年金 E. 企業年金　F. 恩給　G. その他［　　］ 6. 社会保険給付等（種類に○をしてください） A. 傷病手当金　B. 出産手当金　C. 労災保険の休業補償等 D. その他［　　］ 7. その他［　　］（⑩へお進みください）	
⑩	被保険者と同居していますか	はい	いいえ 別居理由［　　］ 1ヶ月の送金額［　　円］

認定対象者が「配偶者」以外の場合、⑪⑫へお進みください

⑪	認定対象者に配偶者はいますか	いない 1. 死別　2. 離婚　3. 未婚	いる　［配偶者氏名　　］ ［配偶者年収額　　円］

⑫ 認定対象者の家族構成を記入してください

氏名	続柄	年齢	同居・別居	年間収入	対象者への援助の有無
			同・別	円	有［　　円］・なし
			同・別	円	有［　　円］・なし
			同・別	円	有［　　円］・なし

※通勤交通費も収入として扱われます。変動がある場合は1か月あたりの平均の額を記載してください。

添付書類については「被扶養者認定提出書類一覧表」を確認してください。

ベイカレント健康保険組合