

# 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。

日本イーライリリー健康保険組合 理事長 殿

令和 年 11 月 10 日

被保険者氏名

**健保 太郎**

■ 認定対象者について記入または○をしてください。

※添付書類については健保サイトの「扶養認定に必要な添付書類一覧」を確認してください。状況によっては別途添付書類の提出を求める場合がございます。

|       |  |  |    |      |                                 |       |    |   |    |    |
|-------|--|--|----|------|---------------------------------|-------|----|---|----|----|
| 被保険者証 | 記号   | 10   | 番号 | 1000 | 認定対象者氏名                         | 健保 花子 | 続柄 | 妻 | 年齢 | 40 |
| 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<br>2. 結婚したため<br>3. <b>仕事を辞めて無収入になったため</b><br>4. 収入が減ったため<br>5. 雇用保険失業給付受給終了のため<br>6. その他 [ ]  |    |      |                                 |       |    |   |    |    |
| ②     | 現在加入している健康保険を教えてください                           | 1. <b>健康保険(健保名: ○○○○健康保険組合</b> 任意継続被保険者 月まで納付)<br>2. 国民健康保険<br>3. 共済組合(組合名: )<br>4. 未加入<br>1. <b>被保険者</b><br>2. 被扶養者<br>何れかを選択してください。  |    |      |                                 |       |    |   |    |    |
| ③     | 現在働いていますか                                      | はい(⑦へお進みください)<br>[勤務先 ]  |    |      | いいえ(④へお進みください)                  |       |    |   |    |    |
| ④     | 過去1年間に働いていたことがありますか                            | <b>ある</b> (⑧へお進みください)<br>[今までの勤務先 <b>○○○○株式会社</b> ]<br>[勤務期間 令和元年 6月 1日～令和2年 10月 31日]  |    |      | 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                                 | <b>はい</b> (⑥へお進みください)<br>[退職年月日 令和2年 10月 31日]<br>[退職理由 <b>自己都合による退職</b> ]  |    |      | いいえ(⑦へお進みください)                  |       |    |   |    |    |
| ⑥     | 現在の雇用保険受給状況を教えてください<br>※日額が3,612円以上の場合は認定できません | 1. 受給中<br>2. <b>申請中または申請予定</b> [手続日 令和2年 11月 5日]<br>3. 延長中または延長予定 [延長理由 ]<br>4. 受給終了 [終了日 年 月 日]<br>5. 受給しない [理由 ]<br>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)  |    |      | <b>なし</b> (⑩へお進みください)           |       |    |   |    |    |
| ⑧     | 収入額を教えてください                                    | 今後1年間の総収入見込額 [年間収入 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)<br>2. 不動産収入<br>3. 利子・配当金収入<br>4. 自営業収入<br>5. 年金・恩給(種類に○をしてください)<br>A. 老齢年金 B. 遺族年金 C. 個人年金 D. 障害年金<br>E. 企業年金 F. 恩給 G. その他 [ ]<br>6. 社会保険給付等(種類に○をしてください)<br>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 [ ]<br>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                                  | <b>はい</b>  |    |      | いいえ<br>別居理由 [ ]<br>1ヶ月の送金額 [ 円] |       |    |   |    |    |

■ 父母・義父母・兄弟姉妹等(同居の配偶者・子以外)のご家族様を認定する場合は下記を記入してください。

|   |                                |                   |    |             |       |      |              |
|---|--------------------------------|-------------------|----|-------------|-------|------|--------------|
| ⑩ | 認定対象者に配偶者はいますか                 | いない               |    | いる [配偶者氏名 ] |       |      |              |
|   |                                | 1. 死別 2. 離婚 3. 未婚 |    | [配偶者年収額 円]  |       |      |              |
| ⑪ | 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 |
|   | 被保険者以外の扶養義務者が扶養できない理由を記入してください |                   |    |             |       |      |              |