

被扶養者調書

下記の通り、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。尚、就職した場合の収入に変動等があった場合は、速やかに連絡します。

被保険者等の記号番号が不明な場合は未記入で結構です。

1. 被保険者について						提出年月日	令和 6年 12月 3日	
被保険者等	記号	1	番号	〇〇〇〇	氏名	健保 太郎	連絡先電話番号	03-1234-5678
事業所	デクセリアルズ株式会社 〇〇〇〇					年間収入額(見込)	5,000,000	円

2. 今回、被扶養者とする者について

認定対象者氏名	続柄	生年月日	年齢	職業・学年	住所	同居・別居
健保 花子	妻	昭和 平成 令和 52-03-08	47 歳	主婦	東京都中央区.....	同・別

3. 被扶養者とする者の現在の状況について

今まで加入していた保険		1. 健康保険 (被保険者・任意継続被保険者・被扶養者(被保険者名))		
		2. 共済組合 被保険者・被扶養者(被保険者名)		
		3. 国民健康保険 世帯主・家族(世帯主名)		
申就 請・ 就 理 学 状 由 況	1. 被保険者入社			
	2. 1年以上無職	退職日	平成・令和 年 月 日	
	3. 1年以内に退職	今までの勤務先	〇〇〇株式会社	勤務期間 平成30年4月1日 ~ 令和6年11月30日
		雇用保険の状況	1. 失業給付を受給する予定 2. 失業給付の受給期間延長中 3. 失業給付の受給終了 4. 失業給付を受給しない 5. 雇用保険の適用除外者	
	4. 就労中・収入減少(パート・アルバイト含む)	勤務先	年間収入	円
	5. 自営業を廃業	職種	廃業日	平成・令和 年 月 日
	6. 自営業を開業中	職種	年間売上	円
	7. 離婚	届出日	平成・令和 年 月 日	
	8. 任意継続喪失	資格喪失年月日	平成・令和 年 月 日	
	9. 大学・専門学校への入学	入学年月日	平成・令和 年 月 日	
10. その他	状況			
父母・祖父母が別居の場合、兄弟姉妹・孫等を扶養する場合は、扶養に至る理由を明記して下さい。				
認定対象者の収入の有無	年金・恩給	1. ある 年額(円) 種類: Ⅰ. 老齢年金 Ⅱ. 遺族年金 Ⅲ. 障害年金 Ⅳ. 企業年金 Ⅴ. 恩給 Ⅵ. その他の年金() 2. ない 理由: Ⅰ. 受給年齢未達 Ⅱ. 加入期間不足 Ⅲ. その他()		
	社会保険給付等	1. ある 月額(円) 受給期間(年 月 日 ~ 年 月 日) 種類: Ⅰ. 傷病手当金 Ⅱ. 出産手当金 Ⅲ. 労災保険の休業補償 Ⅳ. その他() 2. ない		
	その他の収入	1. ある 年額(円) 種類: Ⅰ. 賃金・給与 Ⅱ. 利子・配当 Ⅲ. 家賃・地代 Ⅳ. 自営収入 Ⅴ. その他() 2. ない		
認定対象者の年間総収入金額 (円)				

4. 認定対象者が配偶者及びその子以外のときは下記にも記入して下さい。

認定対象者が被保険者と別居している場合の仕送り金額		被保険者から認定対象者に対する年間仕送り金額 (万円)						
		被保険者以外の家族から認定対象者への仕送り金額 (万円)						
		仕送りする者の氏名 () 認定対象者との続柄()						
被扶養義務者以外の	氏名	続柄	年齢	同居・別居	年間収入	援助額	住所	扶養できない理由又は状況
				同・別	万円	万円		
				同・別	万円	万円		
認定対象者の配偶者の有無		1. ある 配偶者の氏名() 配偶者の年収額(万円)						
		2. ない Ⅰ. 死別 Ⅱ. 離婚 Ⅲ. 未婚						