

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、認定取消や責組合から支払われた給付金を返納することになったとしても異議はありません。また、就業した場合や収入に変動があった場合等で収入要件を満たさなくなったときは、速やかに被扶養者を削除する手続きを行います。

ヨドバシカメラ健康保険組合 理事長殿

令和 年 月 日

被保険者氏名

提出年月日

令和 年 月 日

被保険者	記号	番号	氏名	連絡先電話番号・部署名

以下は申請される認定対象者について記入してください。

認定対象者氏名	生年月日	続柄	職業・学年	住所	同居・別居
	昭和 平成 令和 年 月 日	歳			同・別

認定対象者の該当するものに○をつけ、記入してください。

申請理由	1. 被保険者の保険加入			5. 任継喪失 (平成/令和 年 月 日)			9. 大学・専門学校等への入学(平成/令和 年 月 日)		
		2. 結婚(平成/令和 年 月 日)	3. 退職(平成/令和 年 月 日)	4. 収入の減(平成/令和 年 月 日)	6. 扶養者の死亡(平成/令和 年 月 日)	7. 離婚 (平成/令和 年 月 日)	8. 自営業の廃業(平成/令和 年 月 日)	10. その他(理由を明記)	
	その方の生活費を8割以上負担していますか。(「いいえ」に該当する方は申請できません。)								
	1. はい 2. いいえ								
	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、扶養するに至る理由を明記してください。								

今まで加入していた保険	1. 健康保険	2. 国民健康保険	3. 共済組合	4. 任意継続保険	5. その他()
-------------	---------	-----------	---------	-----------	-----------

受雇給付状況	離職後1年未満の方、失業給付の受給延長の方は必ずご記入ください。
	1. 失業給付の受給制限期間である 2. 失業給付の受給を終了している 3. 失業給付の受給期間延長中である 4. 失業給付を受給しない 5. 雇用保険適用除外者である

認定対象者又は現在の収入の有無	1. ある	内訳	出産手当金	ない・ある	年 月 日～年 月 日頃まで	受給日額:	円
			※右の内訳も記入してください。(雇用保険の受給申請をまだ行っていない場合は、「雇用保険(失業手当)」欄の期間、受給日額を記入する必要があります。)	傷病手当金	ない・ある	年 月 日～年 月 日頃まで	受給日額:
		雇用保険(失業手当)	ない・ある	年 月 日～年 月 日頃まで	受給日額:	円	
		年金・恩給	ない・ある	老齢・遺族・厚生・障害・共済 恩給・その他の年金()	年額:	円	
		就業収入	ない・ある	アルバイト・パート・自営 その他()	年額:	円	
		家賃・地代収入	ない・ある		年額:	円	
		その他の収入	ない・ある	具体的に: ()	年額:	円	
	2. ない						

認定対象者が配偶者以外のときは下記にも記入してください。

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) ※配偶者の年収額を証明する書類の提出が必要です。
	2. ない (死別 その他)

被保険者(親・兄弟以外の扶養義務者)	氏名	続柄	年齢	年間収入	同居・別居	住所	扶養できない理由
					万円	同・別	
				万円	同・別		
				万円	同・別		
				万円	同・別		

仕送り金額	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年間仕送り金額 (万円)
	仕送りする者の氏名()	認定対象者との続柄()

※添付書類については、健保ガイドP45の「被扶養者認定に必要な提出書類等一覧」をご確認ください。

キリトリ線