

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取消や、健康保険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、速やかに被扶養者削除の手続きをいたします。

ヨドバシカメラ健康保険組合 理事長殿

令和 〇年 〇月 〇〇日

被保険者氏名 健保 太郎

			提出年月日	令和〇〇年 〇月 〇日
被保険者	記号	番号	氏名	連絡先電話番号・部署名
	〇	〇〇〇	健保 太郎	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 ヨドバシカメラ 〇〇店 〇〇部

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
健保 梅子	昭和 平成 令和 〇〇年 〇月 〇日	〇〇 歳 実母	無職	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇都〇〇区〇〇〇番地〇号 マンション名 部屋番号	同 (別)

認定対象者の該当するものに〇をつけ、記入してください。

申請理由	1. 被保険者の保険加入	5. 任意継続	※記入漏れがありますと、返戻させていただく場合がありますので、対象欄すべてにご記入願います。	成/令和 年 月 日)
	2. 結婚(平成/令和 年 月 日)	6. 扶養)
理由	3. 退職(平成/令和 〇年〇月〇日)	7. 離婚		
	4. 収入の減(平成/令和 年 月 日)	8. 自営		
	その方の生活費を8割以上負担していますか。(「いいえ」が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()
-------------	---------	-----------	---------	-----------	-----------

雇用状況	離職後1年未満の方、失業給付の受給延長のかた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	4. 失業給付を受給しない			
	2. 失業給付の受給を終了している	5. 雇用保険適用除外者である			
	3. 失業給付の受給期間延長中である				

認定対象者又は今後の収入の有無	1. 有	内	出産手当金	ない・ある	受給日額が3,612円(60歳以上は5,000円)以上ある場合、受給中は扶養に入れません。	円	
			傷病手当金	ない・ある		円	
			雇用保険(失業手当)	ない・ある		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: 〇〇〇, 〇〇〇 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				
	2. ない	内	その他の収入	ない・ある	具体的に: ()	年額: 円	

収入がある方は右の内訳も必ず記入してください。

認定対象者が配偶者以外の場合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. 有	配偶者の氏名 ()	配偶者の年収額(万円)
	2. ない	死別 ()	その他 ()

(被保険者・兄弟・姉妹等)	氏名	続柄	年齢	年間収入	同居・別居	住所	扶養できない理由
	健保 二郎	弟	〇〇	万円	同 (別)	〇〇都〇〇区〇〇〇番地〇号	学生のため

仕送りが必要な認定の場合は、下記のことが仕送りの条件となります。
 ・仕送り額が認定対象者の年収額を超えている。
 ・仕送りを主な収入として生計を維持している。

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 (〇〇〇 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()

※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一覧」を確認ください。