

被扶養者認定調書

|      |     |     |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|      |     |     |

|        |       |           |              |           |   |
|--------|-------|-----------|--------------|-----------|---|
| 被保険者氏名 | 健保 太郎 | 記号<br>証番号 | 000 - 000000 | 連絡先 (TEL) | 外線 : 00-0000-0000<br>内線 (商船三井ビル内の場合のみ) : 0000 |
|--------|-------|-----------|--------------|-----------|---|

被扶養者認定の申請をしようとする方について記入してください。

|      |         |    |       |         |           |               |
|------|---------|----|-------|---------|-----------|---------------|
| フリガナ | ケンボ ハナコ | 続柄 | 昭・平・令 | 〒       | 000- 0000 |               |
| 氏名   | 健保 花子   | 妻  | 生年月日  | 60年×月×日 | 現住所       | 東京都港区虎ノ門〇-〇-〇 |

|   |  |                          |   |                                     |   |                          |   |                          |   |                          |                                    |
|---|--|--------------------------|---|-------------------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|------------------------------------|
| <p>●これまで生計を維持していた方の氏名／続柄<br/>氏名 : 健保 太郎 続柄 : 夫</p> <p>●現在 (または直前) まで加入していた健康保険<br/>1. <del>国民健康保険</del> 2. <del>他健保</del> 3. <del>船員保険</del><br/>4. <del>他の者の被扶養者</del> 5. <del>無保険</del></p> <p>●被扶養者認定を申請しようとする理由 (詳しくご記入ください)<br/>退職のため</p> <p>●現在、仕事をしていますか。<br/><del>はい (正社員・パート・アルバイト・その他)</del><br/>いいえ</p> <p>●現在の住居についてお尋ねします<br/>1. 被保険者と同居 — 2. 被保険者と別居</p> <p>●別居している方にお尋ねいたします (除 : 単身赴任)<br/>・ 別居の理由は何ですか :<br/><br/>・ 別居先でどなたと住んでいますか :<br/><br/>・ 被保険者からの仕送り額 :<br/>金額 (円) 仕送り方法<br/>月例<br/>臨手時</p> | <p>●認定対象者の収入について<br/>勤労・自営業・年金・不動産収入・出産手当金・傷病手当金・その他 (利子・投資等)<br/>全ての収入を含めた金額をご記入ください。(税金控除前の総収入額)<br/>収入の種類 : 給与<br/>前年の収入 (申請日から遡って一年間) : 180万円<br/>今後一年間の収入 (見込額) : なし</p> <p>●出産手当金、傷病手当金を受給の方は、ご記入下さい。<br/>手当の種類 :<br/>受給終了予定日 : 平成・令和 年 月 日</p> <p>●退職の方 ~雇用保険失業給付 (失業保険) の受給状況についてご記入ください~<br/>退職日 : 平成・令和 元年 5 月 1 日<br/>受給状況について (いずれかを選択の上、回答願います)</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>①受給予定無し 理由 :<br/>(理由例 : 雇用保険加入期間が満たない為、就労の意思がない為、など)</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>②失業給付の待期間、または受給制限期間中である<br/>(失業保険受給開始日 : 平成・令和 元年 8 月 1 日)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>③現在、受給中である<br/>基本手当日額3,612円以上の場合 (60才以上5,000円以上) は被扶養者になることはできません。</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>④受給延長をする (失業保険受給開始日 : 平成・令和 年 月 日)<br/>(海外転勤の配偶者に帯同のため等)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>⑤受給が終了した (失業保険受給終了日 : 平成・令和 年 月 日)</td> </tr> </table> <p>●現在の健康状態 : 1. 良好 2. <del>通院中</del> 3. <del>入院中</del></p> | <input type="checkbox"/> | ①受給予定無し 理由 :<br>(理由例 : 雇用保険加入期間が満たない為、就労の意思がない為、など) | <input checked="" type="checkbox"/> | ②失業給付の待期間、または受給制限期間中である<br>(失業保険受給開始日 : 平成・令和 元年 8 月 1 日) | <input type="checkbox"/> | ③現在、受給中である<br>基本手当日額3,612円以上の場合 (60才以上5,000円以上) は被扶養者になることはできません。 | <input type="checkbox"/> | ④受給延長をする (失業保険受給開始日 : 平成・令和 年 月 日)<br>(海外転勤の配偶者に帯同のため等) | <input type="checkbox"/> | ⑤受給が終了した (失業保険受給終了日 : 平成・令和 年 月 日) |
| <input type="checkbox"/>  | ①受給予定無し 理由 :<br>(理由例 : 雇用保険加入期間が満たない為、就労の意思がない為、など)  |                          |   |                                     |   |                          |   |                          |   |                          |                                    |
| <input checked="" type="checkbox"/>   | ②失業給付の待期間、または受給制限期間中である<br>(失業保険受給開始日 : 平成・令和 元年 8 月 1 日)  |                          |   |                                     |   |                          |   |                          |   |                          |                                    |
| <input type="checkbox"/>  | ③現在、受給中である<br>基本手当日額3,612円以上の場合 (60才以上5,000円以上) は被扶養者になることはできません。  |                          |   |                                     |   |                          |   |                          |   |                          |                                    |
| <input type="checkbox"/>  | ④受給延長をする (失業保険受給開始日 : 平成・令和 年 月 日)<br>(海外転勤の配偶者に帯同のため等)  |                          |   |                                     |   |                          |   |                          |   |                          |                                    |
| <input type="checkbox"/>  | ⑤受給が終了した (失業保険受給終了日 : 平成・令和 年 月 日)   |                          |   |                                     |   |                          |   |                          |   |                          |                                    |

上記の申告に事実と相違があった場合、被扶養者認定日に遡って資格を取消し、且つその間の医療費、保険給付費、保健関係利用等、当健康保険組合が負担した全額を返納いたします。

令和 元年 5 月 5 日

被保険者氏名

健保 太郎



(令和元年5月改訂)