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。

令和　　年　　月　　日　　被保険者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

■認定対象者について記入または〇をしてください。

※添付書類については「対象者別被扶養者認定に必要な提出書類等一覧」を確認してください。なお、状況によっては、別途証明書類の提出を求めることがあります。

被保険者等	記号		番号		認定対象者氏名		続柄		年齢	

①	被扶養者として申請することになった事由 ※ 配偶者・子・父母等の直系尊属以外の人は他の扶養義務者が扶養できない理由等を詳しく記入ください	1. 入社のため　2. 結婚したため　3. 仕事を辞めて無収入になったため 4. 収入が減ったため　5. 雇用保険失業給付受給終了のため 6. その他 [　　]	
		他の扶養義務者が扶養できない理由(18歳以上は認定が必要な理由も併せて記入ください)※ [　　]	
②	現在加入している健康保険はありますか 入社に伴う申請の方は、入社日前の加入健保について最終加入健保として記入ください	いいえ	最終加入健保組合名[　　]　年　月　日喪失
		はい　1.被保険者 2.被扶養者	1. 国民健康保険 2. 全国健康保険協会(協会けんぽ) 3. その他の健康保険・共済組合 加入している組合名[　　]
③	現在働いていますか 現在働いていない方で、以前働いていた場合は直近の在職期間を記入ください	はい（⑥へお進みください） ＊直近3ヵ月分の給与明細書を添付	いいえ （④へお進みください）
		在職期間 ：　年　月　日 ～　年　月　日	
④	過去1年間に働いていたことがありますか	ある （⑤へお進みください）	ない （⑥へお進みください）
⑤	雇用保険に加入していましたか	はい （別紙「被扶養者認定に係る誓約書」を記入ください）	いいえ(⑥へお進みください) ＊退職証明書または退職日記載の健康保険資格喪失証明書を添付
⑥	現在、収入がありますか	ある （⑦へお進みください）	なし（⑨へお進みください） ＊(非)課税証明書を添付 ※1年以内に退職した方を除く
⑦	収入額を教えてください	今後1年の収入見込み [年間収入　約　　円]（⑧へお進みください）	
⑧	収入内容を教えてください ※ 日額が3,612円以上の場合は認定できません	1. 給与(パート・アルバイト収入)＊給与明細書を添付　2. 不動産収入 ＊確定申告書一式を添付 3. 利子・配当金収入 ＊(非)課税証明書を添付　4. 自営業収入 ＊確定申告書一式を添付 5. 年金・恩給(種類に〇をしてください)＊年金額のわかる直近の年金振込通知書または年金証書等を添付 A. 老齢年金　B. 遺族年金　C. 個人年金　D. 障害年金 E. 企業年金　F. 恩給　G. その他 [　　] 6. 社会保険給付等（種類に〇をしてください）＊支給決定通知書を添付※ 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 [　　] 7. その他 [　　]（⑨へお進みください）	
⑨	被保険者と同居していますか	はい	いいえ [別居理由　　] 1ヵ月の送金額 [　　円]＊直近3ヵ月分の送金証明を添付

■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 1. 死別　2. 離婚　3. 未婚	いる　[配偶者氏名　　] [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
				同・別	円	有 [　　円]・なし

東和薬品健康保険組合

2026.1.16