

被扶養者認定調査書

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○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。

被保険者証	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			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 [_____]		
※ 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			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			いいえ 最終加入健保組合名 [_____] 年 月 日 喪失 はい 1. 国民健康保険 2. 勤務先の健康保険 3. その他の健康保険・共済組合 加入している健保組合名 [_____]		
③ 現在働いていますか			はい (⑦へお進みください) *直近3カ月分の給与明細書を添付		
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			いいえ (④へお進みください)		
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 (⑦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 (記入後⑥へお進みください) [退職年月日 年 月 日]		
⑥ 現在の雇用保険受給状況を教えてください			いいえ (⑦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		
※1 申請前の場合は離職票(1)(2)を提出し、後日必要書類を提出してください ※2 日額が3,612円以上の場合は認定できません			1. 申請中または申請予定 [手続日 年 月 日] *雇用保険受給資格者証(両面)を添付※1 2. 延長中または延長予定 [延長理由 _____] *雇用保険受給資格者証(両面)および受給期間延長通知書を添付※1 3. 受給終了 [終了日 年 月 日] *雇用保険受給資格者証(両面)を添付 4. 受給しない [理由 _____] *喪失確認通知書および誓約書を添付 5. 受給中 *雇用保険受給資格者証(両面)を添付※2 6. その他 [_____] (⑦へお進みください)		
⑦ 現在、収入がありますか			ある (⑧へお進みください) なし (⑩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		
⑧ 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] (⑨へお進みください)		
⑨ 収入内容を教えてください			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○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○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 [_____] (⑩へお進みください)		
⑩ 被保険者と同居していますか			はい いいえ [別居理由 _____] 1カ月の送金額 [_____ 円]*直近3カ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
				同・別	円	有 [_____ 円]・なし
				同・別	円	有 [_____ 円]・なし
				同・別	円	有 [_____ 円]・なし

健康保険被扶養者認定について

被扶養者認定調書の記入にあたり、下記事項を必ずお読みになり内容に合意されたうえで、被扶養者認定の申請手続きを行ってください。

被扶養者について

健康保険の被扶養者になるには、被保険者が被扶養者の生計を維持している、継続的に扶養する能力があるなど、一定の条件を満たしていることが必要です。家族であれば誰でも被扶養者になれるというものではありません。

被扶養者として認められる親族の範囲

被扶養者となれる家族の範囲は、三親等内の親族と決められています。さらに同居・別居により条件が異なります。

同居でも別居でもよい人	配偶者・子・孫・弟妹兄弟姉・父母などの直系尊属
同居が条件の人	上記以外の三親等内の親族・配偶者の父母および子

■ 被扶養者の収入審査 ■

1. 収入の条件を満たしていること

60歳未満の方	年間収入が130万円未満で 月額108,334円（日額3,612円）未満
60歳以上の方または 障害年金受給者	年間収入が180万円未満で 月額150,000円（日額5,000円）未満

2. 主として被保険者の収入によって生計を維持されていると判断されること

年間収入が被保険者の年収の1/2未満であること
子の申請で被扶養者に認定されていない配偶者（勤務先の社会保険に加入している等）がいる場合は被保険者と配偶者の年収を比較し主たる生計者であるかを判断 【配偶者の年収 < 被保険者の年収】
別居の場合（会社都合による単身赴任は除く）は毎月送金している送金額が別居している扶養申請者の収入を上回る金額で生活を維持できる額であること 【扶養申請者の年収 < 被保険者からの送金額】

被扶養者認定調書について

- 18歳未満の子については「被扶養者認定調書」の添付は不要です。
- 添付書類は別紙にて必ずご確認ください。また、状況に応じて追加でその他の書類を求められることがあります。
- 認定後、事実と相違した場合は認定時に遡り被扶養者資格を取り消す場合があります。
- 提出していただいた調書や書類は、被扶養者認定以外には使用いたしません。
被扶養者認定以外に個人情報を利用することや第三者提供を行うことは一切ありません。

お問い合わせ先

東和薬品健康保険組合 TEL 06-6151-5415