

被扶養者認定調査票 その1

申請日： 令和〇〇年〇〇月〇〇日

申請者情報

保険証の記号番号		氏名	社員番号	所属部署名
記号 〇〇	番号 〇〇	健保 あい	〇〇〇〇〇	日本橋支店
年収(総収入)				
どちらか選択してください				
<input checked="" type="radio"/> 260万円以上		<input type="radio"/> 260万円未満		

I. 今回申請するご家族の氏名と現在の状況について

氏名	年齢	続柄	居住区分
健保 康平	40 歳	夫	<input checked="" type="radio"/> 被保険者と同居 <input type="radio"/> 被保険者と別居 <small>※Ⅵ.を回答してください</small>
現況			
いずれかを選択してください			
<input type="radio"/> 18歳未満の学生または未就学児		<input checked="" type="radio"/> 有職(パート・アルバイトを含む)	
<input type="radio"/> 18歳以上の学生 ②		<input type="radio"/> 無職(専業主婦(夫)を含む)	

II. 今回申請するご家族が今まで加入していた健康保険について記入してください。

いずれか選択し、必要事項をご回答ください

国民健康保険に加入 (世帯主の氏名: _____)
 任意継続保険に加入 (被保険者(本人) 被扶養者(家族))
 健康保険組合・共済組合等に参加 (被保険者(本人) 被扶養者(家族))
 健康保険未加入 (令和 _____ 年 _____ 月 から未加入)

III. 今回申請するご家族を扶養することになった理由について

いずれか選択し、必要事項をご回答ください

被保険者が入社・雇用契約変更などによりコーセー健康保険組合に参加したため
 今回申請する家族が退職したため(1年以内の退職)

1. 勤務先 _____

2. 退職事由 定年 結婚 出産 その他 (_____)

3. 退職日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

4. 失業給付 受給しない ③ 受給期間延長の申請をしている ⑤
 受給申請をされていて待機期間中 ④ 雇用保険未加入または加入期間不足のため受給資格がない ⑦

今回申請する家族が失業給付の支給満了後も引続き収入がないため ⑥
 今回申請する家族が個人事業を廃業したため ⑧
 その他 (上記以外の場合は申請する理由を詳しく記入してください)
**病気のため離職、その後加入した任意継続保険が満了となったため。
 現在は医師の許可する範囲内でアルバイトをしている。**

IV. 今回申請するご家族(=対象者)の申請後の収入について

全ての欄に記入してください(該当が無い場合は「0円」と記入)

・ 給与収入(パート、アルバイトを含む) ⑨	年額 = (直近3ヶ月の給与明細合計額 ÷ 3 × 12) + 賞与	年額	960,000 円
・ 年金収入 該当のものにチェックを入れてください ⑭	<input type="checkbox"/> 公的年金 <input type="checkbox"/> 企業年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> その他	年額	0 円
・ 事業収入 該当のものにチェックを入れてください ⑩	<input type="checkbox"/> 不動産収入(家賃・駐車場等) <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> その他	年額	0 円
・ 出産手当金 ※ ⑫	令和 _____ 年 _____ 月 まで	日額	0 円
・ 傷病手当金 ※ ⑫	令和 _____ 年 _____ 月 から	日額	0 円
・ 失業給付 ※ ⑬	令和 _____ 年 _____ 月 まで	日額	0 円
・ あなた以外の家族からの仕送り	対象者からの続柄 ()	月額	0 円
	対象者からの続柄 ()	月額	0 円
・ その他収入(利子、配当など) ⑪			0 円
合計(1年分で計算)		年額	960,000 円

※出産手当金・傷病手当金・失業給付については、日額が3,612円(60歳以上は5,000円)以上であれば、受給中は被扶養者になれません。
 ○囲みの数字は、「提出書類一覧」と対応しています。

被扶養者認定調査票 その2

V. 今回申請するご家族のあなた以外のご家族(配偶者、父母、子など)の状況について

すでに当健保の被扶養者に認定されている家族については記入不要です

氏名	認定対象者様からの続柄	生年月日	認定対象者様との同別居
職種・勤務先	月収	必要に応じて回答	
健保 康男	父	昭和〇年〇月〇日	<input type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 別居
	収入がない場合は0円と記入 円	<input type="radio"/> 離別 <input checked="" type="radio"/> 死別	
健保 康子	母	昭和〇年〇月〇日	<input type="radio"/> 同居 <input checked="" type="radio"/> 別居
	収入がない場合は0円と記入 100,000 円	<input type="radio"/> 離別 <input type="radio"/> 死別	
			<input type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 別居
	収入がない場合は0円と記入 円	<input type="radio"/> 離別 <input type="radio"/> 死別	

VI. 今回申請するご家族の居住場所について「被保険者と別居」とお答えの方のみお答えください

(1) 別居の理由についていずれか選択してください

単身赴任 (⇒回答終了です)

学校通学 (⇒回答終了です)

その他 (⇒(2)(3)をご記入ください)

(2) 別居先のご住所を記入してください(建物の名称、部屋番号も記入してください)

〒

Tel

(3) あなたからの仕送りについて記入してください

・ 仕送り対象者の人数 1人 2人 3人以

・ 仕送り金額 ⑰ 認定対象者の世帯全体への仕送り額を記入
毎月 円

・ 仕送り方法 ⑰ 金融機関からの振込 その他 ()

・ 認定対象者の生活費 認定対象者の世帯全体の生活費を記入
毎月およそ 円

誓約書

今回被扶養者として申請する者の内容に虚偽がないことを申告いたします。
申告後、被扶養者の収入が超過した場合や状況に変更があった場合は、速やかに異動手続きを行います。
健保組合への報告義務を怠った場合や本申告が事実と相違していることが判明した場合には、遡って被扶養者資格の取消し及び健保組合が負担した医療費や給付金を当該期間全てにわたり返還することを誓約いたします。

令和 5 年 6 月 7 日

コーセー健康保険組合 理事長殿

氏名 健保 あい

* 事業主証明

- この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
- ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
- ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。