

被扶養者認定調書

1. 被保険者について

被保険者証 の記号番号	記号	被保険者 氏 名	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	番号						

2. 今回、被扶養者とする者について

被扶養者とする者の氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	被保険者との続柄	世帯	同居 別居
今まで加入していた保険	健康保険	国民健康保険	共済組合	任意継続保険	その他 ()			
① 申請理由	<input type="checkbox"/> 今までも被保険者に扶養されていた							
	<input type="checkbox"/> 会社を退職した (令和 年 月 日退職)							
	<input type="checkbox"/> 結婚 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 離婚 (令和 年 月 日)							
	<input type="checkbox"/> 収入の減少 (令和 年 月 日)							
	<input type="checkbox"/> その他 ()							
② 被扶養者として申請する者に配偶者はいますか?	<input type="checkbox"/> 配偶者あり <input type="checkbox"/> 配偶者なし: <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 (年 月) <input type="checkbox"/> 死別 (年 月)							
③ 現在働いていますか?	<input type="checkbox"/> 働いていない <input type="checkbox"/> 働いている (1ヶ月の収入額 円)							
④ 雇用保険法による失業給付金を受けていますか?	<input type="checkbox"/> 雇用保険の適用除外者 <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 延長中 <input type="checkbox"/> 申請しない <input type="checkbox"/> 受給終了							
⑤ 年金等を受給していますか?	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている (年額: 円) <input type="checkbox"/> 申請中							
※受給している場合、その種類	<input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 企業年金 <input type="checkbox"/> その他 ()							
⑥ その他に何か収入はありますか?	<input type="checkbox"/> 収入はない							
	<input type="checkbox"/> 収入はある (種類: 1ヶ月の収入額 円)							

3. 被保険者以外の扶養義務者の有無 (配偶者・親・兄弟姉妹等)

①	氏名	続柄	年齢	年収	仕送額	世帯	同居	住所
②	氏名	続柄	年齢	年収	仕送額	世帯	同居	住所
③	氏名	続柄	年齢	年収	仕送額	世帯	同居	住所

4. 扶養の申請理由

① 被保険者が扶養しなければならない理由

5. 被保険者と被扶養者とする者が別居の場合、ご記入ください。

① 同居していない理由
② 別居先で誰かと同居していますか? <input type="checkbox"/> 同居していない <input type="checkbox"/> 同居している
③ 仕送額 <input type="checkbox"/> 仕送をしていない <input type="checkbox"/> 仕送をしている (金額: 毎月 円)

上記の通り、相違ありません。 認定後事実と相違していることが判明した場合は、被扶養者の抹消、給付の停止、医療費の返還請求にも速やかに応じます。 令和 年 月 日 被保険者氏名 ㊟
--

エイチ・アイ・エス健康保険組合

令和 年 月 日提出
受付日付印