

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	年取	仕送額 万円	世帯	同居 別居	住所	
②	氏名	続柄	年齢	年取	万円	万円	世帯	同居 別居	住所
③	氏名	続柄	年齢	年取	万円	万円	世帯	同居 別居	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