

被扶養者認定申請調査票 ツカモトグループ健康保険組合

下記のとおり扶養状況を申告します。なお、虚偽の記入により扶養認定を受けたことが判明した場合は、被扶養者の資格が遡って取り消されること及び当該期間に発生した医療費及び給付金を返還することに同意いたします。 記入日：令和 年 月 日

被保険者署名 _____ 保険証の記号番号 _____ -
平日昼間の連絡先電話番号 _____

認定対象者の氏名 ^{ふりがな} _____ 生年月日 S.H.R 年 月 日 続柄 _____

住所 _____

1. 申請理由 扶養するに至った経緯等具体的に記入してください。

2. 認定対象者が直近に加入していた健康保険について

※保険者とは、国民健康保険、全国健康保険協会(協会けんぽ)、各健康保険組合、共済組合等です。

保険者名称 (_____)

その保険に加入した日(資格取得年月日) _____ 年 月 日

その保険に

現在加入中

その保険から抜けている ⇒ 抜けた日(資格喪失年月日) _____ 年 月 日

抜けた理由 (_____)

認定対象者が「配偶者」「親」の場合 ⇒ 裏面をご記入ください

3. 認定対象者が子供の場合 下記を記入してください

①あなた(記入者=被保険者)に配偶者はいますか

いる・・・配偶者の直近の年収額 _____ 円

いない・・・ 離婚した(_____ 年 月) 死別した(_____ 年 月)

②子供自身の状況について 子供が15歳以上(義務教育終了)の場合に記入してください

学生(昼間部学生)・・・高校・短大・専門学校・大学・大学院など

学校名(_____) 学年(_____)

学生(昼間部)の場合は、記入は以上で終了です(裏面記入不要)

学生(昼間部)以外は、下記の該当項目にチェック✓をつけて(複数可)、裏面を記入してください。

夜間部学生 通信制学生 予備校生 アルバイト・パート

病気療養中 無職 その他(_____)

・・・裏面へ・・・

4. 認定対象者の収入について 全項目の有無をチェックして、有の場合は種類・金額を記入してください

(ア) 現在、給与収入（アルバイト・パート等を含む）がありますか

有 無 ※手取りではなく支給額で記入してください

↳ 直近3ヶ月の収入額

月分	月分	月分
円	円	円

(イ) 事業(自営業)収入・不動産家賃収入・雑収入など、その他の収入がありますか

有 無

↳

収入の種類			
年間見込額	円	円	円

(ウ) 年金収入（厚生・国民・共済等）の老齢年金・障害年金・遺族年金などがありますか

有 無

↳

年金の種類	年金	年金	年金
年間見込額	円	円	円

(エ) 傷病手当金・休業補償給付(労災)などの給付金を受給していますか

有 無

↳

給付金の種類	日額	受給開始日
	円	年 月 日

◎認定対象者が退職したことにより、扶養申請する場合は、下記を記入してください。

5. 認定対象者の失業保険について

退職日 年 月 日 退職理由 ()

※退職理由が「出産」の場合は出産日(予定日) 年 月 日

【雇用保険（失業等給付）の受給状況】雇用保険受給資格者証を確認してください。

給付制限期間終了後に受給予定 ⇒ 給付制限期間 年 月 日まで

受給中 ⇒ 受給開始日 年 月 日 給付日数 日 日額 円

受給期間延長を申請 ⇒ 理由および延長期間

受給資格がない ⇒ 雇用保険に未加入のため 加入期間が短いため

受給資格はあるが受給しない ⇒ 再就職の意思がない その他()

受給が終了した ⇒ 受給終了日 年 月 日

◎別居している方を扶養認定申請する場合は、下記を記入してください。

6. 認定対象者への仕送りについて

①あなたは認定対象者へ継続的に送金（仕送り）をしていますか

している 月額 円 していない

②認定対象者と同居しているご家族はいますか いない いる（下記を記入）

※続柄は認定対象者からみた関係をご記入ください。

氏名	続柄	年齢	氏名	続柄	年齢