

被扶養者認定調査  
Dependent Survey Form

退職 In the case of retirement

提出年月日		令和6年9月3日	
1 健康保険 記号・番号	2 氏 名	3 所属・部署名	4 年間収入額(見込)
被保険者 1234 — 5678	健保 太郎	日本マイクロソフト株式会社 〇〇〇部	0, 000, 000円
以下は申請される認定対象者について記入してください。The following should be completed for each certified subject applying for certification.			
5 認定対象者氏名	6 生 年 月 日	7 柄	8 学 年
健保 花子	昭 49・令 1 年 10 月 30 日	35 歳 妻	無職 同居・別居→
認定対象者の該当するものに○をつけ、記入してください。Reason for application: Please put a circle in the appropriate box for the person to be certified.			
10 申請理由	1. 被保険者の保険加入 5. 任職喪失 (平・令 年 月 日) 9. 大学・専門学校等への入学 (平・令 年 月 日)		
2. 結 婚 (平・令 年 月 日) 6. 扶養者の死亡 (平・令 年 月 日) 10. その他 (理由を明記)			
3. 退 職 (平・令 6 年 8 月 31 日) 7. 離 婚 (平・令 年 月 日)			
4. 収入の減 (平・令 年 月 日) 8. 自営業の廃業 (平・令 年 月 日)			
父母・祖父母が別居の場合、兄弟姉妹・孫等を扶養する場合は、扶養するに至る理由を明記してください。 *if parents/grandparents are living separately, or if siblings, grandchildren, etc. are dependent, please state the reason leading to the dependency.			
11 直近まで加入していた健康保険	○ 健康保険(本人として) / 家族として□ 3. 任意継続保険 5. その他 ( )		
2. 国民健康保険(現在も加入中の場合はこちらにもチェックをお願いします□) 4. 共済組合			
12 就業状況	1. 1年以上無職		
2. 1年以内に退職・	今までの勤務先 株式会社〇〇 勤務期間 平成30年4月1日～令和6年8月31日		
3. 就職中	雇用保険の状況 1. 失業給付の受給制限期間中である 3. 失業給付の受給期間延長中である 5. 雇用保険適用除外者である		
4. 自営業を廃業	2. 失業給付の受給を終了している 4. 失業給付を受給しない		
5. 自営業を開業中 (開業届提出済み□)	職種 廃業日 平・令 年 月 日		
6. その他	年間売上 円		
13 認定対象者の年間総収入金額	1. 認定対象者の年間総収入金額 円		
2. 1年以内の収入、今後の見込み	内 訳		
※右の内訳も記入してください。(雇用保険の受給申請をまだ行っていない場合は、「雇用保険(失業手当)」欄の期間、受給日額を記入する必要があります。)	出産手当金 ない・ある 年 月 日～ 年 月 日頃まで 受給日額: 円		
	傷病手当金 ない・ある 年 月 日～ 年 月 日頃まで 受給日額: 円		
	雇用保険(失業手当) ない・ある 年 月 日～ 年 月 日頃まで 受給日額: 円		
	年金・恩給 ない・ある 老齢・遺族・厚生・障害・共済 恩給・その他の年金( ) 年額: 円		
	給与収入 ない・ある 年額: 円		
	その他の収入 (利子・配当・家賃・地代収入等) ない・ある 年額: 円		
14 認定対象者は被保険者の税法上の扶養家族になるか	1. なっている 又は 今後なる 理由: 1. 収入が103万円以上 被扶養者の氏名( ) 認定対象者との続柄( )		
	2. ならない ( 死別 その他 ) 2. 他者の扶養家族 被扶養者の氏名( ) 認定対象者との続柄( )		
認定対象者が配偶者以外のときは下記にも記入してください。*Please also complete the following if the person to be certified is other than the spouse.			
15 認定対象者の配偶者の有無	1. ある 配偶者の氏名 ( ) 配偶者の年収額 ( 万円)		
	※配偶者の年収額証明書の提出が必要です。		
	2. ない ( 死別 その他 )		
16 親・兄弟・姉妹等	氏 名 続 柄 年 齢 年間収入 同居・別居 住 所 扶養できない理由		
	万円 同・別		
	万円 同・別		
	万円 同・別		
	万円 同・別		
17 送 り 金	認定対象者が被保険者と別居している場合の送り金額		
	被保険者から認定対象者に対する年間送り金額 ( 万円 )		
	被保険者以外の家族から認定対象者への送り金額 ( 万円 )		
	送りする者の氏名 ( ) 認定対象者との続柄 ( )		

【送付先】※社内便は黄色のInter Office Mail、社外は書留郵便もしくはレターパックをご利用ください。  
社内便の場合: SGT/CC 10025912/HR/健康保険証担当  
社外の場合: 〒108-0075 東京都港区港南2-16-3 品川グランドセントラルタワー  
日本マイクロソフト(株) 人事部 健康保険証担当

マイクロソフト健康保険組合 理事長 殿