

被扶養者認定調査書
Dependent Survey Form

雇用保険受給終了 Termination of employment insurance benefits

提出年月日		令和 1 年 6 月 3 日	
1 被保険者証 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 ○○○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 続 柄	8 職業・学年
健保 花子	昭・平・令 61年 8月 31日	32歳 妻	パート
		9 同居	同居
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 2. 結 婚 (平・令 年 月 日) 3. 退 職 (平・令 年 月 日) 4. 収入の減 (平・令 年 月 日) 5. 任 職 喪 失 (平・令 年 月 日) 6. 扶養者の死亡 (平・令 年 月 日) 7. 離 婚 (平・令 年 月 日) 8. 自営業の廃業 (平・令 年 月 日) 9. 大学・専門学校等への入学 (平・令 年 月 日) 10. その他 (理由を明記) 雇用保険受給終了		
*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	1. 健康保険(本人として□ / 家族として□) <input checked="" type="checkbox"/> 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)		
12 就業状況	1. 1年以上無職 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 1年以内に退職 3. 就職中 4. 自営業を廃業 5. 自営業を開業中(開業届提出済み) 6. その他		
就業状況		勤務先	勤務期間
		株式会社○○	平25年 4月 1日 ~ 平30年 8月31日
就業状況		失業給付の受給制限期間である	失業給付の受給期間延長中である
		失業給付の受給を終了している	失業給付を受給しない
就業状況		年間収入	円
		年間売上	円
13 認定対象者の年間総収入金額	1. ある (異動年月日時点での収入、今後の見込み) ※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の必要はありません。		
2. ない	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 具体的に: () 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1. なっている 又は 今後なる <input type="checkbox"/> 2. ならない 理由: イ. 収入が103万円以上 ロ. 他者の扶養家族 被扶養者の氏名() 認定対象者との続柄() ハ. その他()		
認定対象者が配偶者以外の方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	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 2. ない (死別 その他)		
16 (保険者兄弟以外の扶養等義務者)	氏 名	続 柄	年 齢
			年間収入
			同居・別居
			住 所
			扶養できない理由
17 金 送 額	認定対象者が被保険者と同居している場合の仕送り金額 被保険者から認定対象者に対する年間仕送り金額 (万円) 被保険者以外の家族から認定対象者への仕送り金額 (万円) 仕送りする者の氏名() 認定対象者との続柄()		

① Insured Card Code/Number
② Insured person name
③ Affiliation / Department
④ Annual income(estimated)

⑤ Target person name
⑥ Date of birth
⑦ Relationship
⑧ Job or Grade in school
⑨ Lives together or apart(Address)

⑩ Reason for Application
1: Insurance coverage for the insured
2: Marriage 3: Retirement 4: Decrease in income
5: Loss of eligibility for voluntary continuation insurance
6: Death of a dependent 7: Divorce
8: Self-employment out of business
9: Admission to universities, vocational schools, etc.
10: Other (Specify reason)

⑪ Previous health insurance of person subject to certification
1: Health insurance(as an insured person/as a dependent)
2: National health insurance(if you are still a subscriber, please check here as well)
3: Voluntary continuation insurance
4: Mutual-benefit association 5: Other

⑫ [Employment situation]
1: Unemployed for more than one year
2: Retire within one year
3: In employment
4: Discontinued self-employment
5: Self-employed in the process of opening his own business(type of occupation/annual sales)
6: Other

⑬ [Current or future income of the person to be certified]
*income as of the date of change(start date of dependent status)
1: Subject's income is available.
⇒ Fill in the annual gross income of the person to be certified(*Income as of the date of the change, and expected income in the future)
2: No income for the subject

⑭ [Whether the person to be certified is a dependent of the insured for tax purposes]
1: Yes (or will be covered in the future)
2: No (the reasons)

⑮ [Spousal status of the person to be certified]
1: exist: the spouse's name, early amount *spouse's proof of a certificate of annual income must be submitted.
2: don't exist : bereavement, other

⑯ [Whether or not there are dependents (parents, brothers, sisters, etc.) other than the insured person in terms of the certified subject.]
If applicable: please indicate here their name, relationship, age, annual income, whether they live with you or separately (if separate, also indicate their address), and the reason why they cannot support the person to be certified.

⑰ [Amount of money sent if the person to be certified lives separately from the insured person]
* annual amount of money sent from the insured person to the certified subject
* amount of money sent from family members other than the insured to the certified subject, name of person sending money, relationship to the person to be certified

【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