被扶養者認定調書

Dependent Survey Form

退職 In the case of retirement

										提出年	1日	令 和		年 9 月		
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)	<u>r</u>)	①Insurance Code/Number ②Insured person name
被保険者	1234 — 5678	1234 — 5678 健保 太郎				日本マ	日本マイクロソフト株式会社 〇〇〇部 〇, 〇〇〇, 〇〇〇						000	@Affletion / Department		
以下は	申請される認定対象者につ	ついて記入し			wing should	be comp	leted for	r each	certifi	ed subje						5Target person name
5	認定対象者氏名	6	生年	月日	ı	7 #	8	学年	9		同	別居・別原	号先住)	新		©Date of birth ⑦Relationship
	健保 花子	昭・今	1年10.	月 30 日	35 歳	賽	#	東職	同居	• 別居-	→	₹				Substitution of the subst
	象者の該当するものに〇を	とつけ、記入し														®Reason for Application
10	1. 被保険者の保険加入		5. 任継喪失		(平・令 年	月 日					入学(平	• 令 年	月	日)		1:Insurance coverage for the insured/2:
T	2. 結 婚(平 令 年		6. 扶養者の		(平・令 年	月 日		. その他	!(理由を明	588)	Marriage/3:Retirement/4:Decrease in income/5:Loss of eligibility for voluntary
請	3 退 職(平分 6年 8		7. 離 婚		(平・令 年	月日										continuation insurance/6: Death of a
理	4. 収入の減(平・令 年		8. 自営業の		(平·令 年	月日										dependent/7: Divorce/8: Self-employment out of business/9: Addmission to universities.
	父母・祖父母が別居の場合	、	き寺を扶養する	る場合は、	大養 9 句に主る	埋田を明	記してくた	۵۱۰۰								vocational schools, etc./10:Other (Specify
由	*If parents/grandparents	s are living s	eparately,	or if sibliı	ngs, grandch	ldren, et	c. are de	pende	nt, plea	ase stat	e the rea	ason lead	ling to	the depe	ndency.	reason)
11		<u> </u>														①Previous health insurance of person subject
直近ま	で加入していた健康保険											to certification				
12	4 4 T IN L ITT THE		- COLLING PROPERTY	70 III 011117		3307	_,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,			, , , ,						1: Health insurance(as an insured person/as a dependent)/2. National health insurance(if you
	1. 1年以上無職	今までの														are still a subscriber, please check here as
就		勤務先			株式会社(00				勤務期	間	平30年	¥ 4 月	1日~令64	₹ 8 月31日	well./3:Voluntary continuation insurance/4:Mutual-benefit association 5:Othe
労	(2) 1年以内に退職・		1 失業給付	の受給制限	艮期間である	3. 失	業給付の	受給期	間延長中	中である		5. 雇	用保险	食適用除外者	である	and another than the second of
		の状況	2. 失業給付	の受給を終	冬了している	4. 失	業給付を	受給した	ili							(C.D. die
46	3. 就職中	勤務先					年間	間収入						円		1:Unemployed for more than one year/2:Retire within one year/3:In employment/4:Discontinued
状	4. 自営業を廃業	職種					廃	業日		平	· 令	年 月	日			self- employment/5:.Self-employed in the
況	5. 自営業を開業中	職種					年間	間売上						Ħ	-	process of opening his own business(type of occupation/annual sales)/6:Other
276	(開業届提出済み□)															<u> </u>
1.0	6. その他	状況										T=				[I] Current or future income of the person to be certified.
13	認定対象者の年間総収入金		出産手		ない・ある	年年		日~	年年		日頃まで	受給日額			P.	*income as of the date of change(start date of
認	額		雇用保険(ない ・ ある ない ・ ある	年		日~	年		日頃まで	受給日額	-		P.	_ dependent status/
定			准用体膜()	大朱丁ヨ/	ar wo	-	Я	ц.•	-+-	л	口頃まで	文和口台	R.			⇒Fill in the annual gross income of the
又対は象	1. ある (異動年月日時点での収入、	内	年金・	恩給	ない・ある		齢 ・ 遺放			障害・	共済	年額:			F	person to be certified (*Income as of the date of
今者	今後の見込み)				1.00	恩給	そのf	也の年金	ž ()	1 1120				the change, and expected income in the future) 2:No income for the subject
後の	※右の内訳も記入してくださ	訳	44	in 7	4 4. 7			-	φæ							
の現収在	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	기급	給与」	収入	ない ・ある			#	額:				١	7		⊕[Whether the person to be certified is a dependent of
入、	険(失業手当)」欄の期間、受給		その他の	の収入		具体的に	:								,	the insured for tax purposes
စ္	日額を記入する必要はありませ ん。)				ない・ ある	()	1:Yes (or will be covered in the future) 2:No (the reasons)
有無			代収力	(寺)								年額:			F	2:No (the reasons)
	(2.)ない															(5) Spousal status of the person to be certified)
14	(1)なっている	又は 今往	多なる												1 : exist: the spouse's name, early amount *spouse's proof of a certificate of annual income
	対象者は被保険者の	2. ならない	理由: イ.	収入が10	3万円以上											must be submitted.
枕法	上の扶養家族になるか			他の者の打	夫養家族	i	被扶養者の	の氏名()		象者と	の続柄()	2:don't exist : bereavement, other
	14 + 127 H + 11 L a l +			その他()				(i) (Whether or not there are dependents
認定列 15	対象者が配偶者以外のとき 1				*Please also	complete	the follow	ving if t	he pers				nan the	•		(parents, brothers, sisters, etc.) other than the insured person in terms of the certified
	 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)														subject.]
BEAC.	かま 日の配詞 日の 市本	2. ない	※配偶者の年収額証明書の提出が必要です。 (死別 その他)													If applicable: please indicate here their name,
16												1				relationship, age, annual income, whether they live with you or separately (if separate, also
⊋ 保	氏 名	続 柄	年齢	年間収入	同居・別居		£	È	j	所			扶養	をできない理	曲	indicate their address), and the reason why they
* 険				万円	同 · 別											cannot support the person to be certified.
兄 弟 者 外				万円	10 23											①【Amount of money sent if the person to be
" 者外				2311	同 • 別											certified lives separately from the insured
姉供				万円												person -annual amount of money sent from the insured
姉妹等の扶養業					同・別											person to the certified subject
一 養務				万円	同 · 別											 amount of money sent from family members other than the insured to the certified subject,
1.7		地伊岭本小 こ	初中社各本	ニシナフケ	''' ''' :間仕送り金額				,				1 \			name of person sending money, relationship to
亚洲	認定対象者が被保険 者と別居している場合				·間仕送り金額 音への仕送り金	宛百			(万円				the person to be certified
数送り	の仕送り金額	依体映名以2 仕送りする者		110亿円隊作	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	n. .		额:		fとの続杯	i()	лh	,			
1 *	1	下でいるの日	W 144			/		DOY	ころを日	こっつらられ	, ,					i

【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:SCT/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) 人事本部 健康保険証担当

マイクロソフト健康保険組合 理事長 殿