

被扶養者認定調書

マイクロソフト健康保険組合

提出年月日

平成〇〇年 〇〇月 〇〇日

被保険者	記 号	番 号	氏 名	連絡先電話番号・部署名	年間収入額(見込)
	〇〇〇〇	〇〇〇〇	健保 太郎	株式会社〇〇〇〇 〇〇〇部 電話 〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇 (内線)〇〇	〇, 〇〇〇, 〇〇〇円

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。

認定対象者氏名	生 年 月 日	続 柄	職業・学年	住 所	同居・別居
健保 花子	昭・大平 〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇歳	妻 無職	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-1	同・別

認定対象者の該当するものに○をつけ、記入してください。

申 請 理 由	1. 被保険者の保険加入	5. 任継喪失 (平成 年 月 日)	9. 大学・専門学校等への入学 (平成 年 月 日)
	2. 結 婚 (平成 年 月 日)	6. 扶養者の死亡 (平成 年 月 日)	10. その他(理由を明記)
	3. 退 職 (平成27年7月 31日)	7. 離 婚 (平成 年 月 日)	
	4. 収入の減 (平成 年 月 日)	8. 自営業の廃業 (平成 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。			

今まで加入していた保険		1. 健康保険 2. 国民健康保険 3. 共済組合 4. 任継続保険 5. その他()					
就 労 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 〇〇〇〇		勤務期間	25 年 4 月 1 日 ~ 27 年 7 月 31 日	
		雇用保険の状況	1. 失業給付の受給制限期間である 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 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				
	3. 就職中	勤務先		年間収入	円		
	4. 自営業を廃業	職種		廃業日	平成 年 月 日		
	5. 自営業を開業中	職種		年間売上	円		
6. その他	状況						
認定対象者の 又は今後の 収入の有無	1. ある ※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はありません。)	内 訳	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
			勤労収入	ない・ある	ア ル バ イ ト ・ パ ー ト ・ 自 営 そ の 他 ()	年額:	(見込)円
			家賃・地代収入	ない・ある		年額:	円
			その他の収入	ない・ある	具体的に: ()	年額:	円
	2. ない						
	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 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場合は下記にも記入してください。

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)					
被保険者 (親・兄弟・姉妹等) 以外の扶養義務者	氏 名	続 柄	年 齢	年間収入	同居・別居	住 所	扶養できない理由
				万円	同 ・ 別		
				万円	同 ・ 別		
				万円	同 ・ 別		
				万円	同 ・ 別		
金額 仕送り	認定対象者が被保険者 と別居している場合 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()					