

# 被扶養者認定調書

父母を扶養にいれるとき

		提出年月日	令和 1 年 6 月 3 日
被保険者	被保険者証 記号-番号 1234 - 5678	氏 名 健保 太郎	所属・部署名 日本マイクロソフト株式会社 ○○○部
			年間収入額(見込) 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。

認定対象者氏名	生 年 月 日	続 柄	職業・学年	同別居・別居先住所
健保 花子	昭和 61 年 8 月 31 日	32歳 妻	パート	〒○○○ - ○○○○ 神奈川県○○市1-2

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	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 被保険者の保険加入	5. 任継喪失 (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 年 月 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。			
これまで国民健康保険に加入していたが、父の死去後は、子である自分が送金によって母の生計を維持しているため。			

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□)	3. 任意継続保険	5. その他( )
	<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お願いします□)	4. 共済組合	

就 労 状 況	1. 1年以上無職	勤務先	勤務期間	平25年 4月 1日 ~ 平30年 8月31日
	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 1年以内に退職・	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
	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・令 年 月 日
	5. 自営業を開業中 (開業届提出済み□)	職種	年間売上	円
	6. その他	状況		

認 定 対 象 者 の 現 在 入 の 有 無	認定対象者の年間総収入 金額	出産手当金	<input checked="" type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある	年 月 日 ~ 年 月 日頃まで	受給日額:	円
	80万 円	傷病手当金	<input checked="" type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある	年 月 日 ~ 年 月 日頃まで	受給日額:	円
		雇用保険(失業手当)	<input checked="" type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある	年 月 日 ~ 年 月 日頃まで	受給日額:	円
		年金・恩給	ない <input checked="" type="checkbox"/> ある	老齢・遺族・厚生・障害・共済 恩給・その他の年金( )	年額:	80万 円
		給与収入	<input checked="" type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある	年額:	円	
		その他の収入 (利子・配当、家賃・地 代収入等)	<input checked="" type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> 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	<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: Ⅰ. 収入が103万円以上 Ⅱ. 他者の扶養家族 被扶養者の氏名( ) 認定対象者との続柄( ) Ⅲ. 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	<input checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他 ( )

被 保 険 者 兄 弟 姉 妹 等 の 扶 養 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		

仕 送 り 金 額	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 ( 90 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( )

【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