

常務理事	事務長	係

被扶養者調書(配偶者・子)

年 月 日提出

被保険者	記号	番号	氏名

認定対象者	氏名	続柄	配偶者の有無	有・無 (未婚・離別・死別)

認定対象者との生計維持関係について、下記のとおり相違ありません。

1 被扶養者認定申請の事由 ※該当する□にレ点を記入してください

<input type="checkbox"/> 被保険者の入社	<input type="checkbox"/> 認定対象者の退職	<input type="checkbox"/> 認定対象者の雇用形態の変更	<input type="checkbox"/> 結婚
<input type="checkbox"/> その他()			

2 認定対象者が今まで加入していた(加入中の)健康保険 ※該当する項目及び□にレ点を記入してください

<input type="checkbox"/> 勤務先の健康保険に加入していた(任意継続していない) 退職日	: 年 月 日	→ 資格喪失証明書添付
<input type="checkbox"/> 任意継続被保険者であった	年 月 日 ~ 年 月 日	→ 資格喪失証明書添付
<input type="checkbox"/> 国民健康保険の被保険者	期間 : 自 年 月 ~ 至 年 月	
<input type="checkbox"/> 家族の健康保険の被扶養者であった	期間 : 自 年 月 ~ 至 年 月 誰の : <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他()	
<input type="checkbox"/> 無保険(ヶ月以上何の健康保険にも加入していない)		

3 認定対象者の認定申請日以降の収入について ※各項目の有無及び該当するものを○で囲み、金額を記入してください

収入内訳			添付書類
年金・恩給等について	有	年額 <input type="text"/> 円 ※受給しているもの全部に○ 厚生年金・国民年金・厚生年金基金・その他() 普通恩給・増加恩給・その他()	直近の年金支払通知書のコピー
	無	理由()	
給与等収入	<input type="checkbox"/> 勤労所得 無・有(月額 <input type="text"/> 円) 雇用形態 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> その他()	直近の給与明細のコピー 雇用契約書のコピー	
その他の収入	<input type="checkbox"/> 失業給付	無・有(日額 <input type="text"/> 円)	確定申告書のコピー 収支内訳書のコピー (受給期限 年 月 日) 課税証明書
	<input type="checkbox"/> 農業収入	無・有(日額 <input type="text"/> 円)	
	<input type="checkbox"/> 副業収入	無・有(日額 <input type="text"/> 円)	
	<input type="checkbox"/> 利子・不動産・賃貸料等	無・有(日額 <input type="text"/> 円)	
	<input type="checkbox"/> 傷病手当金又は休業補償等	無・有(日額 <input type="text"/> 円)	
	<input type="checkbox"/> その他の収入	無・有(日額 <input type="text"/> 円)	

4 認定対象者の資産について(有・無に○印)

土地	有・無	建物	有・無
	現在居住しているところ ()平方メートル		現在居住しているところ 延 ()平方メートル
	農地 田()アール・畑()アール		貸家等 延 ()平方メートル
	山林 ()アール		
	貸地等 ()平方メートル		

5 認定対象者の住居について(該当事項に○印)

<input type="checkbox"/> 被保険者の持家	<input type="checkbox"/> 認定対象者の持家	<input type="checkbox"/> 借家	<input type="checkbox"/> その他()
----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------	---------------------------------

6 家計費負担割合(生計維持の実態)について

1ヶ月の所要家計費	円	家族の人数	人
氏名	家計負担額(月額)	氏名	家計負担額(月額)
	円		円
	円		円
	円		円
	円	合計	円

*仕送り証明書を添付。現金等の手渡しは事実を確認できないので認めません。

7 認定対象者の所得税法上の扶養について(該当事項に○印)

・被保険者が	a. 扶養している	・その他の者が	a. 扶養している
	b. 月より扶養する	(氏名)	b. 扶養しているが 月より扶養しない

8 雇用保険について

添付書類

<input type="checkbox"/> 受給終了した	雇用保険受給資格者証(写)
<input type="checkbox"/> 雇用保険未加入であった	退職証明書 又は 非課税証明書(※1)
<input type="checkbox"/> 受給中(基本手当日額3,612円未満)※2	雇用保険受給資格者証(写)
<input type="checkbox"/> 受給しない	離職票1・2(写) 下記誓約
<input type="checkbox"/> 受給延長後受給する	離職票1・2、受給期間延長通知(写) 下記誓約
<input type="checkbox"/> 待機及び給付制限期間経過後受給する	離職票(写)及び雇用保険受給資格者証(写) 下記誓約
<input type="checkbox"/> 受給資格なし	

※1 直近の所得証明書に給与収入があるとき「退職証明書」 1年以上給与収入ないとき「非課税証明書」

<p>雇用保険失業給付受給に伴う誓約</p> <p>雇用保険失業給付の待機期間・給付制限期間を終えて受給を開始したときは、次のとおり手続きすることを誓約いたします。</p> <p>1 基本手当日額が、3,612円(※2)以上の場合は、速やかに被扶養者資格削除の手続きを行います。(資格確認書の交付を受けている場合は返却します。)</p> <p>2 上記1の手続きを怠り保険診療を受けた場合は、医療費を全額返還します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被保険者氏名 _____</p> <p>日本信号健康保険組合理事長殿</p>
--

※2 60歳以上または障害年金受給者は5,000円

注) この届書により被扶養者としての認定を受けた後、事実と相違していることが判明した場合は、遡って資格を喪失し、その間の保険給付費等については返還請求します。