

被扶養者調書

提出日	令和 年 月 日	健康保険 の記号	健康保険 の番号	被保険者氏名
<p>下記のとおり相違ありません。事実と相違していた場合は認定の取り消しや、健康保険組合から支払われた給付金について返納させられても異議はありません。また、就職した場合や収入に変動があった場合は速やかに被扶養者削除の手続きをいたします。</p> <p>アボット健康保険組合 理事長 殿</p>				

以下は申請される認定対象者についてご記入ください。該当するものすべて○で囲むこと。

①	認定対象者	認定対象者氏名	生年月日		続柄
			昭和 平成 令和	年 月 日	歳
②	申請理由	1. 被保険者の入社 2. 退職 3. 収入の減少 4. 結婚 5. 雇用保険(失業手当)受給終了 6. 自営業の廃業 7. その他(状況:)			
③	今まで加入していた(いる)医療保険制度	1. 他の健康保険・共済組合(組合名:) 2. 任意継続 ※被保険者の場合は任意継続資格喪失証明書を添付してください。 3. 国民健康保険(市区町村名:) 4. その他() 何れかを選択してください。 1. 被保険者 2. 被扶養者			
④	認定対象者の今後の収入の有無	ある(年間合計収入額 円) ・ ない ある場合、[]内該当するもの全てに○をし、金額等をご記入ください。 給与収入[パート・アルバイト] (約 円/月 約 円/年間) 上記の内、交通費(約 円/月 約 円/年間) 年金収入の計[老齢・障害・遺族] (約 円/月 約 円/年間) 社会保険給付[失業給付・傷病手当金・出産手当金] (日額 円 年 月 日まで) その他の収入[利子・配当・事業・不動産・その他()] (約 円/月 約 円/年間)			
⑤	雇用保険の失業給付について	離職後2年半以内の方は必ずご回答ください。 退職日(令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 受給(権)がありません。[理由: a. すでに受給終了 b. 雇用保険未加入 c. 加入期間不足 d. その他()] <input type="checkbox"/> 受給申請中または延長中。なお受給の際、日額が3,612円(60歳以上は5,000円)を超える場合は被扶養者異動届(減)を届出ます。 <input type="checkbox"/> 就労する意志がないため受給手続きを行いません。			
⑥	認定対象者と別居している場合	単身赴任・進学・里帰り出産・介護・入院による別居ですか。[はい ・ いいえ] 上記以外の理由による別居や施設入居者の場合は、仕送り額を記入してください。 1ヶ月の仕送額(円/月) 1年間の仕送額(円/年間)			

認定対象者が配偶者や子でない場合は下記にも記入して下さい。

⑦	認定対象者の家族構成	氏名	続柄	月収	同居・別居	対象者への援助の有無	扶養できない理由またはその状況
				万円	同・別	有(万円/月)・無	
				万円	同・別	有(万円/月)・無	
				万円	同・別	有(万円/月)・無	
※認定対象者と同居の場合は、収入証明書を添付してください。							
⑧	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) 2. ない イ. 離婚 ロ. 未婚 ハ. 死別 ニ. その他()					

一人親の方が子の申請をする場合はご記入下さい。

⑨	被保険者の配偶者の有無	イ. 離婚 ロ. 未婚 ハ. 死別 ニ. その他()			
⑩	対象者への援助の有無	有(万円/月) ・ 無			

※添付書類については「被扶養者認定に必要な提出書類一覧」を確認してください。