

SCSK健康保険組合 被扶養者認定調査票 1/2

● 認定対象者が複数いる場合には、人数分ご記入ください。

ただし、義務教育終了前のお子様のお手続きの場合は、1枚で結構です。

1. 被保険者ご本人についてご記入ください

記号・番号	—	氏名	
配偶者有無	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無(<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死亡)		

2. 認定対象者についてご記入ください(義務教育終了前のお子様はまとめてご記入いただいて結構です)

氏名		続柄		障がい	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		
							障害年金(国民/厚生) <input type="checkbox"/> 有 ____級・ <input type="checkbox"/> 無 その他(身体・精神手帳等) <input type="checkbox"/> 有 ____級・ <input type="checkbox"/> 無
職業	<input type="checkbox"/> 無職 ・ <input type="checkbox"/> 有職(具体的に _____)						
配偶者有無	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無(<input type="checkbox"/> 未婚・ <input type="checkbox"/> 離婚・ <input type="checkbox"/> 死亡:死亡日 S・H・R 年 月 日)⇒遺族年金: <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無						

3. 今回扶養申請する理由をご記入ください

4. 認定対象者が外国人の場合はご記入ください

認定対象者が日本にいる場合	<input type="checkbox"/> 帰化	<input type="checkbox"/> 永住(特別・簡易含む)	<input type="checkbox"/> 定住	<input type="checkbox"/> 短期	<input type="checkbox"/> その他(_____)
	↓ 帰化、永住以外の方は滞在期間をご記入ください				
	年	月	日	~	年 月 日
認定対象者が外国にいる場合	滞在期間				
	年	月	日	~	年 月 日

5. 扶養申請にあたり、現在の状況等伝えたいことがある場合は、ご記入ください

6. 被保険者の署名・捺印をしてください

当該調査票への記入内容と事実が異なる場合は、被扶養者認定日に遡って被扶養者の資格を削除しても構いません。また、その間の医療費、保険給付費、補助金など当健保が負担した一切の費用を返金いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

被保険者氏名 _____ 印

認定対象者が義務教育終了後の方は、2/2もご記入ください

SCSK健康保険組合 被扶養者認定調査票 2/2

7. 認定対象者の退職・雇用保険の受給状況をご記入ください(退職後4年以内の方のみ)

退職日	年 月 日	退職理由	□定年・□その他(具体的に)
勤務先名		勤務先Tel	
雇用保険の受給状況	<input type="checkbox"/> 現在申請中・申請予定(受給開始日・予定日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 受給中(基本日額3,612円以上は不認定) <input type="checkbox"/> 受給期間延長(受給開始予定日 年 月 日ごろ) ※受給を開始し、基本日額3,612円以上の場合は扶養から外す手続きが必要です <input type="checkbox"/> 受給終了(年 月 日終了) <input type="checkbox"/> 受給予定なし(理由)		

8. 認定対象者の収入をご記入ください(年収が記入できない場合のみ月収で記入)

区分(該当する収入にチェックをしてください)	年収(申請後1年間の概算)	月収
会社などで働いている <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート/アルバイト <input type="checkbox"/> その他()	円	円
自営業を営んでいる 具体的な内容	円	円
年金を受給している <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金基金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> その他()	合計年額 _____ 円 65歳以上の方で年金を受給していない場合はその理由	
その他の収入がある <input type="checkbox"/> 不動産収入(不動産売却/家賃収入等) <input type="checkbox"/> 利子/配当収入 <input type="checkbox"/> 労災休業補償 <input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> その他()	円	円

9. 親族についてご記入ください(認定対象者が配偶者・子供以外のみ記入)

続柄 認定対象者 からみて	氏名	年齢	同・別居	職業	年金	扶養しない理由
配偶者			<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他()
子			<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
父母兄弟 姉妹			<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
その他			<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	

10. 仕送りについてご記入ください(認定対象者が配偶者・子供以外で、被保険者と別居の方のみ記入)

※ 被保険者の兄弟姉妹と認定対象者が別居の場合は、仕送りの有無に関わらず、必ずご記入ください

氏名	続柄(認定対象者からみて)	仕送り額	仕送り方法

11. 認定対象者が現在(または直前)まで加入していた健康保険の名称をご記入ください

組合 一般 任意継続 / 被保険者 被扶養者

※ 国保の場合はこちらにチェックを入れてください 国保に加入していた