

# 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	健保 太郎
配偶者有無	<input checked="" 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	健保 フネ	続柄	母	障がい	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 障害年金(国民/厚生) <input checked="" type="checkbox"/> 有 <u>2</u> 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 checked="" type="checkbox"/> 有職(具体的に <u>スーパーでのレジパート</u> )		
配偶者有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無( <input type="checkbox"/> 未婚 ・ <input type="checkbox"/> 離婚 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 死亡:死亡日 <u>(S)</u> H・R <u>7</u> 年 <u>3</u> 月頃⇒遺族年金: <input checked="" 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

母の雇用形態が変更になり、収入が減少したため、扶養することとなった。  
 なお、被扶養者以外に扶養義務が高い者はいない。

## 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 健保 太郎 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 checked="" type="checkbox"/> パート/アルバイト <input type="checkbox"/> その他( )	360,000 円	30,000 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 checked="" 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 <u>480,000</u> 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	健保 一郎	65	<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 checked="" type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他( )
子	健保 太郎	38	<input type="checkbox"/> 同・ <input checked="" type="checkbox"/> 別	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	今回扶養します
	健保 花子	35	<input type="checkbox"/> 同・ <input checked="" type="checkbox"/> 別	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	結婚し、夫の被扶養者であるため
父母兄弟 姉妹	保険 三郎	65	<input type="checkbox"/> 同・ <input checked="" type="checkbox"/> 別	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	認定対象者の弟で、年金のみで生活
			<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
健保 太郎	長男	80,000 円	振込み
健保 花子	長女	10,000 円	振込み

## 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

○○○○健康保険組合	組合 <input checked="" type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 任意継続 / <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 国保に加入していた	