

SCSK健康保険組合 検認調査票(配偶者・子供用) 1/2

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(未婚 離婚 死亡)		

2.検認対象者についてご記入ください

氏名		続柄	
障がい	<input type="checkbox"/> 有(障害年金: <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)・ <input type="checkbox"/> 無		
現住所			
同居・別居	<input type="checkbox"/> 同居(一時的な単身赴任を含む) <input type="checkbox"/> 別居 ※同じ住所で住民票の世帯を分けている場合は、住居の状況及び世帯を分けている理由をご記入ください。		
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(未婚・離婚・死亡:死亡日 S・H 年 月頃⇒遺族年金: <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)		

3.検認対象者が外国人の場合はご記入ください

検認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記入ください 年 月 日 ~ 年 月 日
検認対象者が外国にいる場合	滞在期間 年 月 日 ~ 年 月 日

4.検認対象者が退職後1年未満の場合はご記入ください

退職日	年 月 日	退職理由	<input type="checkbox"/> 定年・ <input type="checkbox"/> 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円以上の場合は扶養から外す手続きが必要です <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)		

5.検認対象者が昨年中に当健保の扶養に入った方で、当健保加入前に収入があった場合はご記入ください

退職日	年 月 日	当健保加入前(昨年1月から扶養に入るまでの総収入額	
勤務先名			円
勤務先Tel			

【裏面もご記入ください】

SCSK健康保険組合 検認調査票(配偶者・子供用) 2/2

6. 検認対象者の昨年1年間の収入をご記入ください

区分(該当する収入にチェックをしてください)		年収(昨年1年間の収入)
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/派遣	円
	<input type="checkbox"/> その他()	
自営業を営んでいる	具体的な内容	円
年金を受給している	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金	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 _____
	<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()	
その他の収入がある ※具体的内容を以下7に記入してください	<input type="checkbox"/> 不動産収入(不動産売却/家賃収入等)	円
	<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()	

7. 検認対象者にその他の収入等がある場合は、その内容を詳しくご記入ください

8. 被保険者の記名・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。

平成 年 月 日

被保険者氏名 _____ 印