

## SCSK健康保険組合 検認調査票(配偶者用) 1/2

提出日: 年 月 日

## 1.被保険者ご本人についてご記入ください

|       |   |        |   |
|-------|---|--------|---|
| 記号・番号 | — | 被保険者氏名 | 印 |
|-------|---|--------|---|

## 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<br><input type="checkbox"/> 無                                                                                                                                                                                                 | ※障がい「有」の方は<br>該当項目にチェック<br>ご記入をお願いします | ⇒  | 障害年金受給(国民/厚生)<br>障害手帳(身体・精神手帳等) | <input type="checkbox"/> 有 _____ 級 ・ <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有 _____ 級 ・ <input type="checkbox"/> 無 |
| 現住所   |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                       |    |                                 |                                                                                                                                    |
| 同居・別居 | <input type="checkbox"/> ①同居<br>※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<br>該当する場合は、それぞれの世帯の住民票の提出が必要です<br>[ ]<br><input type="checkbox"/> ②別居(被保険者の会社の転勤命令による単身赴任で別居となった場合)<br><input type="checkbox"/> ③別居(上記②以外の理由による別居) ⇒ 別居理由をご記入ください<br>[ ] |                                       |    |                                 |                                                                                                                                    |
| 職業    | <input type="checkbox"/> 無職 ・ <input type="checkbox"/> 有職(具体的に )                                                                                                                                                                                         |                                       |    |                                 |                                                                                                                                    |

## 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<br>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( )<br>↓ 帰化、永住以外の方は滞在期間をご記入ください<br>年 月 日 ~ 年 月 日 |
| 検認対象者が<br>外国にいる場合 | 滞在期間<br>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<br>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)<br><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<br><input type="checkbox"/> 受給期間延長(受給開始予定日 年 月 日ごろ)<br>※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<br><input type="checkbox"/> 受給終了( 年 月 日終了) <input type="checkbox"/> 受給予定なし(理由 ) |      |                                                                  |

【裏面もご記入ください】

# SCSK健康保険組合 検認調査票(配偶者用) 2/2

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<br>(昨年1月から扶<br>養に入るまで)の<br>総収入額 | 円 |
| 勤務先名   |       |                                        |   |
| 勤務先Tel |       |                                        |   |

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)                                 |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| ※1)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        | <u>合計年額</u> 円<br>※65歳以上で年金を受給していない場合はその理由を記入 |
|                                          | <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<br>※具体的内容を<br>以下7に記入<br>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( )                                    |                                              |

※1)勤務先で保険証が発行されている場合は、当健保の扶養は不該当となります。勤務先の保険証のコピーを添付ください。

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

## 【ご確認ください】

本調査票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する場合があります。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請求しますので、ご注意ください。