

SCSK健康保険組合 検認調査票(子供用) 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
配偶者有無	☐ 有 ・ ☐ 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	☐ 有 ☐ 無	※障がい「有」の方は 該当項目にチェック ご記入をお願いします	⇒ 障害年金受給(国民/厚生) 障害手帳(身体・精神手帳等)	☐ 有 _____ 級 ・ ☐ 無 ☐ 有 _____ 級 ・ ☐ 無
現住所				
同居・別居	☐ ①同居 ※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 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 ☐ 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) ☐ ③別居(上記②以外の理由による別居) ⇒ <u>別居理由</u> をご記入ください 			
職業	☐ 無職 ・ ☐ 有職(具体的に _____)			
配偶者有無	☐ 有 ・ ☐ 無(未婚 ・ 離婚 ・ 死亡:死亡日 S・H _____ 年 _____ 月頃⇒遺族年金: ☐ 有・ ☐ 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	☐ 帰化 ☐ 永住(特別・簡易含む) ☐ 定住 ☐ 短期 ☐ 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
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	☐ 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	☐ 現在申請中・申請予定(受給開始日・予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日) ☐ 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 ☐ 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 ☐ 受給終了(_____ 年 _____ 月 _____ 日終了) ☐ 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 平成30年度検認)

