

SCSK健康保険組合 検認調査票(配偶者用) 1/2

1.被保険者ご本人についてご記入ください

		提出日	年	月	日
記号・番号	—	被保険者氏名			
日中の連絡先	連絡可能なメールアドレスまたは電話番号をご記入ください				

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 ☐ 有____級	☐ 無 ☐ 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、 <u>住居の状況及び世帯を分けている理由</u> 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)				

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(60歳以上の方は5,000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) ※基本日額3,612円(60歳以上の方は5,000円)以上で受給開始した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: ☐ 受給放棄 ☐ 雇用保険未加入 ☐ 雇用保険加入1年未満で対象外		

【裏面もご記入ください】

