

日本ペイント健康保険組合 御中

常務理事	事務長	係	係

被扶養者認定状況調査書

※ 扶養状況調査書は1人につき1部必要になります。
 (この用紙は、子の出生の場合のみ不要です。ただし、配偶者があなたの扶養になっていない場合は必要です。)

被保険者の 記号番号		被保険者の 氏名	
---------------	--	-------------	--

申請する扶養家族					
氏名	続柄	生年月日	昭和 平成	年 月 日	歳
被保険者と	同居・別居	税控除(扶養控除)	有・無	職業 (学校名/学年)	
現在の年間収入	円				
現在、健康保険に	<input type="checkbox"/> 加入している:保険者名() <input type="checkbox"/> 加入していない				

1. 申請事由について	
<input type="checkbox"/> 該当項目に全てチェックして下さい。	
被保険者の入社に伴うため	(事由発生日 年 月 日)
結婚したため	(事由発生日 年 月 日)
離婚したため	(事由発生日 年 月 日)
退職したため	(事由発生日 年 月 日) ○雇用保険(失業給付)について <input type="checkbox"/> 未加入だった <input type="checkbox"/> 加入していた
収入が減少したため	(事由発生日 年 月 日)
任意継続を喪失したため	(事由発生日 年 月 日)
その他	理由:

2. 申請する扶養家族の収入内容について					
<input type="checkbox"/> 該当項目に全てチェックして下さい。					
勤務する予定無し(収入無)					
パート・アルバイト・内職等で収入有	時給	円×月労働時間×12ヶ月＝	円/年	年収	円
	日給	円×月労働日数×12ヶ月＝	円/年	年収	円
自営業で収入有	業種		年収	円	
年金収入有 (厚生、国民、共済、障害、遺族年金など)	年金の種類		年額	円	
	年金の種類		年額	円	
	年金の種類		年額	円	
不動産収入有			年収	円	
他者からの援助有 (養育費など継続的に支払われるもの)			年収	円	
その他収入	内容		年収	円	
合 計					円

《注意事項》
 ※原則として移動事由発生日から5日以内に異動届に添付書類を添えてご提出ください。
 ※原則として必要な書類が全て揃った日をもって組合受付日とします。
 ※原則として添付書類は返却しません。
 ※認定にあたり、必要に応じて追加で書類をご提出いただく場合があります。
 ※必要な書類を、組合が指定した日までに提出されない場合は認定を放棄したとみなす場合があります。
 《確認欄》
 この届出については、①または②の要件を満たしたものである。
 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである / ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している

3. 申請する扶養家族と別居している場合			
別居理由について、 <input type="checkbox"/> 該当項目にチェックしてください。			
あなたが単身赴任のため			
申請する扶養家族が学生のため (大学生・専門学生・予備校生など)	仕送り額1ヶ月平均		円
申請する扶養家族が、特別養護老人ホームや障害者施設に在所中のため	仕送り額1ヶ月平均		円
その他理由:	仕送り額1ヶ月平均		円

4. 申請する扶養家族以外の家族構成について					
(申請する扶養家族から見たその他の家族とその続柄をご記入ください。)					
対象者	続柄	氏名	年収	同居・別居	生計費の負担割合
被保険者			万円	同居・別居	%
被扶養者・その他			万円	同居・別居	%
被扶養者・その他			万円	同居・別居	%
被扶養者・その他			万円	同居・別居	%
被扶養者・その他			万円	同居・別居	%
被扶養者・その他			万円	同居・別居	%
被扶養者・その他			万円	同居・別居	%

5. 申請する扶養家族の過去1年間の勤務先について				
勤務先を直近のものから記入してください。				
勤務先名		所在地		TEL
勤務期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
退職理由	<input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 定年 <input type="checkbox"/> 契約期間満了 <input type="checkbox"/> 会社都合 <input type="checkbox"/> 自己都合 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> その他			
勤務先名		所在地		TEL
勤務期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
退職理由	<input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 定年 <input type="checkbox"/> 契約期間満了 <input type="checkbox"/> 会社都合 <input type="checkbox"/> 自己都合 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> その他			

【 誓 約 書 】

今回の申請内容に、相違ありません。
 尚、事実と相違した内容があった場合には、被扶養者としての認定を遡って取り消し、保険給付の返還をすることに異存ありません。
 また、被扶養者の認定基準から外れたときには、直ちに扶養削除の手続きを致します。
 年 月 日

被保険者氏名 _____

上記のとおり相違ありません
 年 月 日

事業主住所 _____

事業主名 _____