

常務理事	事務長	担当者	

被扶養者認定申請書

- この申請書は被扶養者認定のために必要な書類です。
認定申請をする16歳以上の方（高校生を除く）1人につき1部を提出してください。
- 記載の内容が事実と相違した場合は、認定を取消すとともに、支給した保険給付等を全額返還していただきます。
- この申請書の記載内容については秘密を厳守します。

上記内容を確認・同意のうえ、申請します。

令和 年 月 日

被保険者証の記号・番号 _____

被保険者の氏名 _____

被扶養者として申請する方（認定対象者）について、該当事項のすべてをもれなく記入又は☑をしてください。

1 認定対象者 【続柄は詳細にご記入ください(例)長男・義母など】			
氏名	年齢	続柄	生年月日
フリガナ			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和
2 認定対象者の現在又は以前(直近)の職歴<パート・アルバイトも含む>			
	勤務期間	種別	現在又は以前(直近)の職業及び勤務先
現在	<input type="checkbox"/> 平 年 月 ~ <input type="checkbox"/> 令	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他〔 〕	職業 会社名
以前(直近)	<input type="checkbox"/> 平 年 月 ~ <input type="checkbox"/> 平 年 月 <input type="checkbox"/> 令	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他〔 〕	所在地 TEL
3 認定対象者の現在または以前(直近)加入の健康保険			
健康保険（社会保険）の名称		記号	番号
<input type="checkbox"/> 組合健保（健康保険組合） <input type="checkbox"/> 協会けんぽ（支部） <input type="checkbox"/> 共済組合（共済組合） <input type="checkbox"/> 国民健康保険（市町村）			<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)
現在も加入していますか			
		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ（令和 年 月 日脱退）	
4 認定対象者の現在の収入 ※必ず該当するすべての☐に✓を入れてください。			
収入の有無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
内容	失業給付の受給	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 手続中 <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 受給終了（令和 年 月 日終了）	
	傷病手当金の受給	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 手続中 <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 受給終了（令和 年 月 日終了）	
	出産手当金の受給	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 手続中 <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 受給終了（令和 年 月 日終了）	
	給与収入	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（月額 円）	
	年金収入	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（年額 円） ／ <input type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 企業 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> その他	
	事業収入	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（年額 円） ／ <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> その他	
	不動産収入	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（年額 円） ／ <input type="checkbox"/> 家賃 <input type="checkbox"/> 地代 <input type="checkbox"/> その他	
	雑収入	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（年額 円） ／ <input type="checkbox"/> 原稿料 <input type="checkbox"/> 印税 <input type="checkbox"/> 講演料 <input type="checkbox"/> その他	
その他の収入	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（年額 円） ／ <input type="checkbox"/> 利子 <input type="checkbox"/> 配当 <input type="checkbox"/> その他		

5 被扶養者として申請する認定対象者の事由 ※該当項目が複数ある場合は、すべて回答してください。

- 被保険者の資格取得 退職 収入減少 自営業廃業 失業給付受給終了
- 被保険者との結婚（平成・令和 年 月 日婚姻）
- 親の離婚（平成・令和 年 月 日離婚） 親の婚姻（平成・令和 年 月 日婚姻）
- 配偶者の死亡（平成・令和 年 月 日死亡）
- 配偶者との離婚（平成・令和 年 月 日離婚）
- その他（ _____ ）

申請事由が「退職」の場合はその理由

- 結婚 引っ越し 病気 出産（出産予定日 年 月 日）
- 一身上の都合 その他（ _____ ）

6 家族構成について、被保険者及び認定対象者を含めた家族全員について記入してください。

氏名	続柄	年齢	職業	勤務先	月収	
	本人				円	□同居 □別居
					円	
					円	□同居 □別居
					円	
					円	□同居 □別居
					円	
					円	□同居 □別居
					円	

7 認定対象者の1か月の所要生活費 ※「妻」の場合は回答不要

月額 円

8 認定対象者の所要生活費について ※「妻」の場合は回答不要

- 被保険者が全般的に負担している。
- 被保険者が _____ 円／月、認定対象者が _____ 円／月を負担している。
- 被保険者が _____ 円／月、認定対象者が _____ 円／月、
その他家族〔被保険者との続柄 _____〕が _____ 円／月を負担している。

申請事由が「親の離婚」の場合

養育費 無 ・ 有（月額 _____ 円）

9 被保険者と別居の場合 ※学生・被保険者の単身赴任の場合は回答不要

被保険者は認定対象者に 月額 _____ 円 送金している。

10 被保険者の標準報酬月額 円

事業所所在地	この申請書については、1.又は2.の要件を満たしたものであることを証明します。 1.申請者本人(被保険者)が作成したものである。 2.記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。 令和 年 月 日
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

受付印