

健康保険被扶養者調書 (検認時)

平成 年 月 日

(被保険者記号番号 -)

被保険者氏名

(印)

【扶養しなければならない理由】 (該当項目に○を付けて下さい。)

- ・収入基準未満の就労(注1) ・収入基準未満の年金受給(老齢・遺族・障害・その他)※受給している年金に○を付けて下さい。
- ・学生(19歳以上26歳未満) ・求職活動中(卒業後1年以内) ・疾病のため就労不能 ・障害のため就労不能
- ・無職、無収入(専業主婦等) ・その他 ()

(上記理由について、実態の詳細を記入)

被扶養者	氏名		続柄		同居・別居
	生年月日		年齢		歳
	住所				
職業又は収入区分(全ての収入につき) 例:年金・不動産収入・利子収入・生活保護等		収入金額(平成20年1月～12月の年収見込み額)			
		円			
		円			
		円			

援助額(別居の場合)	毎月	円
------------	----	---

(注1) ★雇用証明 就労状況 (右欄に事業主様の証明を頂いて下さい。)	(勤務先での身分)	正社員	契約社員	パート	その他	
	(勤務状況)	・労働時間	時間/日	(一般従業員)	時間/日)	
	概算年収	・労働日数	日/月	(一般従業員)	日/月)	
		円	・時給	円	・交通費	円/日
			・その他	円/年		
	上記のとおり、証明いたします。					
	平成	年	月	日		
	会社名				印	
	住所					
	電話番号					

中部アイティ産業健康保険組合理事長 殿

※添付書類につきましては、別紙参照。

添付書類の不備または、追加書類要の場合は、再度改めて事業主経由で提出依頼する場合がありますので
ご了承下さい。