

令和3年度 健康保険被扶養者調書(検認時) 未記入欄がある場合、再提出となります。必ず全て記入下さい。

被 保 険 者	記号番号		記入日	令和	年	月	日	
	氏名							
(被 扶 養 者 の 検 認 対 象)	氏名	年齢	歳	続柄				
	生年月日	同居 ・ 別居 (別世帯・単身赴任・通学の為・その他())						
	住民票登録住所	〒						
	居所 (住民票と相違の場合は記入)	〒						
① 被 扶 養 者 の 状 況 確 認	対象となる被扶養者の現在の状況について、該当項目に「レ」を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 収入基準未満の就労※この調書記入箇所、最下段に「雇用証明欄」があります。勤務先で証明を受けてください。 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 求職活動中 <input type="checkbox"/> 疾病のため就労不能 <input type="checkbox"/> 障害のため就労不能 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> 収入基準未満の年金受給(老齢・遺族・障害・恩給・寡婦・その他)※受給している年金に○を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 無職、無収入(専業主婦等)無職・無収入の方は下記を記入して下さい。 ・令和2年1月から現在の間に入収がありますか? はい ・ いいえ ・はいと回答された方 [お勤めされた期間: 年 月 ~ 年 月 ・ 年 月 ~ 年 月] <input type="checkbox"/> その他(上記に当てはまらない場合や、上記理由についての実態の詳細は下記に記入して下さい。) ()							
② 令 和 3 年 の 被 扶 養 者 の 入 収 状 況	対象となる被扶養者の収入状況について、今年の年収見込み額を該当項目に「○」を付けて下さい。 「有」の場合はその金額(年額)を記入し、収入が無い方は「合計」欄のみに「0」ゼロと記入して下さい。							
	①給与収入	有 ・ 無		年額	万円			
	②年金収入	年金種類 : 該当する箇所に○印と、年額を記入してください。						
		a. 国民年金(年額 万円)	b. 厚生年金(年額 万円)	c. 遺族年金(年額 万円)				
		d. 障害年金(年額 万円)	e. 共済年金(年額 万円)	f. その他() (年額 万円)				
	※父・母どちらか一方が被扶養者であり、遺族年金の受給をされていない場合は、理由を該当する箇所に○をつけてください。 (離別 ・ その他())							
	③事業収入	有 ・ 無		年額	万円			
	④不動産収入	有 ・ 無		年額	万円			
	⑤生活保護受給	有 ・ 無		年額	万円			
	⑥その他継続性のある収入(農業収入・被保険者以外からの仕送り、譲渡による収入等)	有 ・ 無		年額	万円			
	①+②+③+④+⑤+⑥ →			収入合計	万円			
③ 子 が 被 扶 養 者 で ない 場 合	<input type="checkbox"/> 被保険者の配偶者無し <input type="checkbox"/> 配偶者は被保険者より収入が少ない (収入額 約 万円 / 年)							
④ 妻・子以外が被扶養者で、被保険者以外の扶養義務者がいる場合 ※添付書類一覧表(検認時)[2]参照	続柄	氏名	同居・別居	職業	年収	被扶養者へ援助額 円/年 円/年		
⑤ 被保険者からの援助額(別居の場合)	毎月	円	送金証明を添付※添付書類一覧表(検認時)[3]参照					
雇用証明 (下記にお勤め先の事業主様の証明を受けてください。) (勤務先での身分) 正社員 ・ 契約社員 ・ パート ・ 役員(役職名) ・ その他()※該当に○印 (勤務状況) ①~⑩まで全てご記入下さい。								
雇用年月日		年	月	日				
①特定適用事業所	該当		・ 非該当					
②1日の労働時間	時間/日							
③1週間の労働時間	時間/週							
④1か月の労働日数	日/月							
⑤時給	円							
⑥交通費	非課税	円/日・月						
	課税	円/月						
⑦その他	円/年							
⑧事業所の正社員の1日の労働時間	時間/日							
⑨事業所の正社員の1週間の労働時間	時間/週							
⑩事業所の正社員の1か月の労働日数	日/月							
概算年収		円						
上記のとおり、証明いたします。								
		令和	年	月	日			
会社名								
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。不備又は、追加書類要の場合は、再度改めて事業主経由で提出依頼を致しますのでご了承下さい。