

## 被扶養者認定伺書

(配偶者用)

## ● 被保険者

記号		事業所名称	被保険者名	
番号			現住所	

## ● 今回申請する認定対象者：すべての欄にご記入ください

氏名		続柄		年齢	歳	被保険者との世帯	同居・別居
現在まで加入していた健康保険（扶養する理由をご記入ください）	1. 健康保険（協会けんぽ・組合管掌・任意継続） 2. 国民健康保険 3. 共済組合 4. その他						
(扶養する理由をご記入ください) ※必ず記入して下さい、未記入では申請出来ません							
詳しく記載							

## ● 今年1月から現在までの収入状況：すべての欄にご記入ください(0円でも記入)

収入の種類	給与	年金	利子・賃貸	事業所得	合計
収入額	円	円	円	円	円

## ● 申請する認定対象者の今後の収入状況：すべての欄にご記入ください(0円でも記入)

収入の種類		
雇用保険	1. 加入していた 2. 加入していない ↳ 失業給付は 1. 受ける 2. 受けない (受けない理由)	円/日額×30
傷病手当金	1. 受給している 2. 受給していない	円/日額×30
年金収入	1. 受給有り 【該当する種類すべてに○を記入】 ・老齢基礎年金（国民年金） ・老齢厚生年金（厚生年金） ・退職共済年金 ・厚生年金基金 ・遺族年金 ・障害年金 ・その他の年金（ ） 2. 受給なし	年金額の合計 円/月
利子・賃貸	1. 配当利子 2. 不動産収入 3. なし	円/月
その他の収入	1. 給与収入 2. 事業所得 3. その他（ ） 4. なし	円/月
合 計		円/月

すべてに金額をご記入ください

上記のとおり事実相違ありません。

なお、虚偽の内容があった場合は、被扶養者の認定を遡って取り消し、保険給付等の返還をすることに異存ありません。

また、認定基準から外れる状況になった場合は、ただちに扶養削除の申請をいたします。

令和 年 月 日  
シナネン健康保険組合理事長殿

被保険者氏名