

被扶養者認定伺書

(父母その他用)

● 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	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							

● 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			すべてに金額をご記入ください
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	

● 別居の場合の送金状況

銀行振込控、現金書留引受け票等の添付 (コピー可)・手渡しは認められません

送金方法	1. 銀行または郵便振込み 2. 現金書留	別居先の住所
送金額	月額 約 円	

● 認定対象者の親族状況：家族全員の情報をご記入ください(収入なしは0万円と記入)

	氏名	続柄	年齢	職業	年換算収入額	同居別居
認定対象者					万円	
被保険者					万円	
その他家族					万円	
					万円	
					万円	

上記のとおり事実と相違ありません。

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