

被 扶 養 者 (配 偶 者) 認 定 調 書

この書類は配偶者の認定に際して提出していただく調書です。間違いのないよう詳しく記入して下さい。

【注意】被扶養者となるためには、主として被保険者の収入によって生活していることが必要です。認定基準は、被扶養者の年間収入が130万円未満（60歳以上・障がい者の方は180万円未満）で、被保険者の収入の2分の1未満であることとされております。

1. 配偶者の氏名等

| | | | | | |
|--|---|----------------|-----------|------------|----------|
| 申請被扶養者氏名 | 続柄 | 生年月日 | 年齢 | 同・別居区分 | 別居の場合の住所 |
| | | 昭和・平成 年 月 日 | 歳 | 同居・別居 | |
| 扶養するに至った経緯（扶養申請理由） | | | | | |
| 扶養する方の加入している（していた）健康保険制度等について（該当箇所○印） | | | | | |
| | ① 健康保険の被保険者（任意継続を含む）加入健保名（ ）資格喪失日 年 月 日 | | | | |
| | ② 家族の被扶養者 誰の（ ）加入健保名（ ）資格喪失日 年 月 日 | | | | |
| | ③ 国民健康保険 | | | | |
| | ④ 未加入 年 月 日から 以前は（ ）に加入 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 税法上の控除対象配偶者である （該当する場合□にレ点を記入して下さい。） | | | 別居の場合の送金額 | （月額 円）銀行振込 | |

2. 配偶者の前職等（提出できる所得証明が130万円を超える方等は要記載）

| | | | |
|----------------------------|----------|---|--|
| 勤務会社名（自家営業名） | | 加入健保名 | |
| 同上所在地 | Tel. | | |
| 退職（廃業）年月日 | 平成 年 月 日 | 理由 | |
| 雇用保険失業給付受給について（該当箇所○印） | | 添 付 書 類 | |
| ①受給終了 | | ①～③ 雇用保険受給資格者証（両面）の写 ④ 延長証明書の写又は次頁3の証明※ ⑤ 離職票-2の写又は次頁3の証明※ ⑥ 次頁3の証明※ ⑦ 離職票-1,2の原本又は次頁3の証明※ ※書類添付できない場合は次頁「3. 元勤務先事務所担当者証名欄」で証明を受けた上で、後日提出のこと | |
| ②現在受給中（受給基本日額3,612円未満下記参照） | | | |
| ③受給待期中 | | | |
| ④延長中または延長申請予定 | | | |
| ⑤近々申請予定（離職票交付有） | | | |
| ⑥離職票交付待ち（受給意思有） | | | |
| ⑦受給しないまたは受給できない。 | | | |

【失業給付についての注意】雇用保険の失業給付受給中は被扶養者になれません。

ただし、基本手当日額が3,612円未満（60歳以上・障がい者の方は5,000円未満）の場合は除きます。受給予定の方は、受給開始し基本手当日額が3,612円以上（60歳以上・障がい者の方は5,000円以上）の場合は、給付開始処理日に削除の手続きを行い、給付終了処理日の翌日に再度扶養申請手続きを行って下さい。

3. 元勤務先事務所担当者証明欄（2. ④～⑦参照）

※（この欄は離職票・延長証明書が添付できない場合に証明を受けて下さい。）

元勤務先事務所名（ _____ ）

証明担当者氏名（ _____ 印）

| | | | | |
|------------------------------|-----|-----------------|---|---|
| 退職年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 離職票発行の有無 | 有・無 | 無の場合は（受給できない）理由 | | |
| 離職票発行年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| ・ 手続中（ _____ 月 _____ 日頃発行予定） | | | | |

4. 配偶者の収入(現在収入のある方と今年度60歳以上の方のみ要記載)

（60歳以上等で「年金・恩給」を受給の場合、最近の年金額を確認できるもの〔年金証書・年金額改定通知書・年金支払通知書〕の写を添付して下さい。年金を受給していない方は、年金の受給権のないことを確認できるもの〔年金定期便等〕の写を添付して下さい。

| | | | | | | |
|-------|-----------|------|---|-------------------|------|---|
| 年金・恩給 | 老 齡 年 金 | (年額) | 円 | 勤 勞 収 入 | (年額) | 円 |
| | 遺 族 年 金 | (年額) | 円 | 自 営 業 所 得 | (年額) | 円 |
| | 障 害 年 金 | (年額) | 円 | 不 動 産 収 入 | (年額) | 円 |
| | 共 済 年 金 | (年額) | 円 | 雇 用 保 険 失 業 手 当 等 | (年額) | 円 |
| | 企 業 年 金 | (年額) | 円 | 傷 病 手 当 金 等 | (年額) | 円 |
| | 恩 給 年 金 等 | (年額) | 円 | そ の 他 (_____) | (年額) | 円 |

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記のとおり相違ありません。

保険証記号 _____ 番号 _____

事業所名（会社名） _____

被保険者氏名 _____ 印

KDD I 健康保険組合