

別居の父・母・その他用

下記の事項について、事実をありのままにご記入ください。

被扶養者認定調査票

|   |  |    |   |    |   |
|---|--|----|---|----|---|
| 被扶養者として申請する者の氏名                           |  | 年齢 | 歳 | 続柄 |   |
| 〃の住所・電話番号                                 | TEL( ) —   |    |   |    |   |
| ※被保険者が扶養する理由を詳しく記入してください                  |  |    |   |    |   |
|   |  |    |   |    |   |
| ※被保険者と別居している理由を具体的に記入してください               |  |    |   |    |   |
|   |  |    |   |    |   |
| ○被扶養者の申請について、市区町村役所から指導がありましたか？           |  |    |   | 有  | 無 |
| ○申請する者の配偶者が死亡したことにより扶養する場合、遺族年金の請求の有無について |  |    |   |    |   |
| 有   | ①平成 年 月 日 請求予定                                   |    |   |    |   |
|   | ②平成 年 月 日 請求済み                                   |    |   |    |   |
| 無   | ◎請求しない(できない)理由に ○ を付してください。                      |    |   |    |   |
|   | 1 死亡した配偶者が厚生年金、共済年金に加入していなかったため<br>(配偶者の生前の職業： ) |    |   |    |   |
|   | 2 本人の厚生年金(老齢年金)を選択したため                           |    |   |    |   |
| 3 その他 (記入してください)                          |  |    |   |    |   |

| 被扶養者として申請する者の年収                 | 円                 |       |    |          |      |      |
|---------------------------------|-------------------|-------|----|----------|------|------|
| ※遺族年金、恩給、不動産所得も含まれます            |                   |       |    |          |      |      |
| 被保険者からの仕送り額<br>(手渡しの場合は認定できません) | 1ヵ月平均             | 円     |    |          |      |      |
| 送金、振込明細書の写しを直近3ヵ月分添付してください      |                   |       |    |          |      |      |
| 被扶養者として申請する者の1ヶ月の生活費            | 円                 |       |    |          |      |      |
| ※『生活費の負担割合について』の記入をお願いします       |                   |       |    |          |      |      |
| 他の者からの仕送りの有無                    | 有                 |       | 無  |          |      |      |
|                                 | ○仕送り者と被保険者との続柄( ) |       | /  |          |      |      |
|                                 | ○仕送り額 ( 月 円 )     |       |    |          |      |      |
| 被扶養者として申請する者以外の世帯員の状況 (別居先)     |                   |       |    |          |      |      |
| 氏名                              | 被保険者との続柄          | 年齢(歳) | 職業 | 月平均収入(円) |      |      |
|                                 |                   |       |    | 給与収入     | 年金収入 | 事業所得 |
|                                 |                   |       |    |          |      |      |
|                                 |                   |       |    |          |      |      |
|                                 |                   |       |    |          |      |      |
|                                 |                   |       |    |          |      |      |

上記のとおり相違ありません。

平成 年 月 日

認定対象者氏名

印

被保険者氏名

印