

離職者用

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	
離職した事業所の名称					
住所					
電話番号	()	-			
入社年月日	昭和・平成	年	月	日	
退職年月日	平成	年	月	日	
○以前加入していた健康保険の名称					
・ 全国健康保険協会()支部 ・ ()健康保険組合 ・ ()共済組合 ・ 国民健康保険					
○被保険者証の記号・番号					
記号 ()			番号 ()		
※ 加入していた健康保険組合等からの傷病手当金・出産手当金の受給の有無について次の事柄の回答に○をしてください。					
① 現在、傷病手当金を受給中ですか？					
はい			いいえ		
② 現在、出産手当金を受給中ですか？					
はい			いいえ		
出産予定日		(平成 年 月 日)			

雇用保険加入の有無	有	無
★雇用保険に加入していた方のみ回答ください。		
雇用保険を近日中に受給手続き、または受給を開始する予定ですか？		
①はい※	① 月 日 受給手続き予定	
	② 月 日 受給開始	
②いいえ	☆受給しない理由を○でかこんでください。 1 離職票の交付を希望しなかったため 2 離職票の交付を受けたが就職する意志がないため 3 受給期間延長の申請をする(した)ため 4 その他(ご記入ください)	
資格喪失時標準報酬月額		() 千円
(加入していた健康保険に確認してください。)		

※雇用保険の受給手続き中、または、これから手続き予定の方へ
 給付制限中(受給待期中)のみ被扶養者として認定します。
 必ず『雇用保険受給資格者証』の両面コピーを健保組合に提出してください。
 雇用保険受給中(受給日額が認定基準を超える場合)は国民健康保険に加入してください。
 ※認定基準額 ①60歳未満 日額3,611円 ②60歳以上(障害者を含む) 日額4,999円

◎誓約事項
 ※雇用保険の受給を開始した場合は、健保組合に雇用保険受給者証(写)を提出します。
 ※認定基準額を超える雇用保険を受給中に、誤って当健保の保険証で受診した場合は医療費を返還します。

上記の事項について承諾のうえ、被扶養者の認定申請をします。

平成 年 月 日

認定対象者氏名 印

被保険者氏名 印