

被扶養者認定調書2（詳細）

下記に記載のとおり相違ありません。事実と相違していた場合は認定の取り消しや健康保険組合から請求れた医療費等の返還について滞りなく返納することを誓約します。

また、生活の状況に変化が生じた場合は滞りなくアダストリア健康保険組合に申し出ることを誓約いたします。

アダストリア健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日 被保険者氏名

記号－番号	－	被保険者氏名	
認定希望対象者氏名		被保険者との続柄	

1. 事由発生日をご記入ください。	平成・令和 年 月 日				
2. 今回扶養追加申請をするに至った経緯を下記に詳しくご記入ください。					
3. 被保険者以外に認定希望対象者の援助をされている方はいますか？	いる ・ いない				
4. 問3の回答が『 いる 』の方はその方との関係や援助を受けている金額をご記入ください。					
認定希望対象者との続柄		支援を受けている金額	円/月		
5. 問3の回答が『 いない 』の方は認定希望対象者へ支援している金額をご記入ください。					
衣食住費	円/月	娯楽費等	円/月	通院費	円/月
6. 認定希望対象者は今後1年以内に就業する予定はありますか？					ある ・ ない
7. 問6の回答が『 ある 』の方は就業見込み時期をご記入ください。					年 月頃
8. 問6の回答が『 ない 』の方はその理由を下記に詳しくご記入ください。					
9. 認定希望対象者は今後1年以内に年金を受給する予定はありますか？					ある ・ ない
10. 問9の回答が『 ある 』の方は年金受給時期をご記入ください。					年 月頃
年金の種類に○をしてください。		老齢年金 ・ 遺族年金 ・ 障害年金 ・ 個人年金 ・ 企業年金			
11. 問9の回答が『 ない 』の方はその理由を下記に詳しくご記入ください。					

被扶養者認定調書2（詳細）（記載例）

下記に記載のとおり相違ありません。事実と相違していた場合は認定の取り消しや健康保険組合から請求れた医療費等の返還について滞りなく返納することを誓約します。

また、生活の状況に変化が生じた場合は滞りなくアダストリア健康保険組合に申し出ることを誓約いたします。

アダストリア健康保険組合 理事長 殿

令和 5 年 9 月 5 日

被保険者氏名 健保 太郎

記号－番号	100	－	12	被保険者氏名	健保 太郎
認定希望対象者氏名	健保 洋子			被保険者との続柄	実母

1. 事由発生日をご記入ください。	平成・令和 5 年 9 月 1 日				
2. 今回扶養追加申請をするに至った経緯を下記に詳しくご記入ください。 実母は5年前に配偶者と離別し、一人で暮らしていた。令和5年3月31日にパートを退職し、その後雇用保険の高年齢求職者給付金の受給は終了したが、再就職が見込めなかったことから、今回9月1日に同居することになった。					
3. 被保険者以外に認定希望対象者の援助をされている方はいますか？	いる ・ いない				
4. 問3の回答が『 いる 』の方はその方との関係や援助を受けている金額をご記入ください。					
認定希望対象者との続柄		支援を受けている金額	円/月		
5. 問3の回答が『 いない 』の方は認定希望対象者へ支援している金額をご記入ください。					
衣食住費	95,000 円/月	娯楽費等	0 円/月	通院費	0 円/月
6. 認定希望対象者は今後1年以内に就業する予定はありますか？		ある ・ ない			
7. 問6の回答が『 ある 』の方は就業見込み時期をご記入ください。		年 月頃			
8. 問6の回答が『 ない 』の方はその理由を下記に詳しくご記入ください。 同居に伴い引っ越しをしたため、環境になれるまでは就業はしない。					
9. 認定希望対象者は今後1年以内に年金を受給する予定はありますか？		ある ・ ない			
10. 問9の回答が『 ある 』の方は年金受給時期をご記入ください。		年 月頃			
年金の種類に○をしてください。	老齢年金 ・ 遺族年金 ・ 障害年金 ・ 個人年金 ・ 企業年金				
11. 問9の回答が『 ない 』の方はその理由を下記に詳しくご記入ください。					