

## 《 被 扶 養 者 認 定 資 料 》

1. この認定資料は、被扶養者を認定するために必要なものですから、次に該当する人については必ず提出して下さい。  
イ.直系尊属、配偶者、18歳以上の子、孫、兄弟姉妹  
ロ.3親等内の親族など
2. この認定資料に、事実と相違した記載を行い認定を受けた場合は、その認定を取り消すとともに、これに伴い支給された保険給付は全て返還していただきますから正確にご記入下さい。
3. この認定資料の記載内容については、その秘密を厳守します。

◆被扶養者として申請する方について次の事項を記入または該当文字に○印をして下さい◆

氏名	続柄	現住所（学生の場合は学校名、学年を附記）

(1) 届出前の職業又は 職業 勤務先名  
勤務先 所在地

(TEL)

(2) (1) の入社年月日及び 入社 年 月 日 (退職理由)  
退職年月日とその理由 退職 年 月 日

(3) 申請時に加入していた 全国健康保険協会・全国健康保険協会の任継・健康保険組合・健康保険組合の任継  
保険の種類 共済組合・国民健康保険・その他 ( )

(4) 被扶養者として申請する理由.....扶養するにいたった事情（経緯）その時期など具体的に記載して下さい。  
(この欄で不足する場合は別紙に詳しく記載して添付して下さい)

(5) 収入の有無 恩給・年金収入 有 ・ 無 ・ 手続中  
(その内訳) 受給額(年額 円) ※最近の支払通知の写しを添付して下さい。  
労働収入 ( 円) 副業収入(内容 円)  
有り・無し 家賃収入 ( 円) 農業収入(耕作面積 アール 円)  
利子収入 ( 円) その他の収入(内容 円)

(6) 失業給付金受給 有り・無し・手続中 ( 年 月 日まで 日額 円)

(7) 給与所得の扶養控除 有り・無し(理由 )  
申告の有無

(8) 会社からの被扶養 有り ( 年 月 日より)  
手当金の有無 無し(理由 )

(9) 家族構成（同居、別居にかかわらず兄弟姉妹を含めた家族全員について記入して下さい。）

氏名	続柄	年齢	職業	勤務先	月収	同居・別居	住所

(10) 1ヶ月の所要生活費(概算) 月 円(家族とも 計 名)

(11) 被扶養者としての方の生活費を、あなたはどの程度負担していますか。  
全部 ・ 大半 ・ 半分位 ・ 半分以下 ※他の方と共同で負担している場合その内訳を記載して下さい。  
(内訳 )

(12) 別居の場合、毎月送金していますか。 している(毎月の送金額 円 ・ していない)

上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日

被保険者の記号番号		被保険者の氏名	
-----------	--	---------	--

上記を確認しました。 令和 年 月 日

大阪機械工具商健康保険組合 様

事業所名称  
事業主氏名