

被扶養者認定調書

常務理事	事務長	係	担当

セイコー健康保険組合 御中

令和 年 月 日提出

申請者の 事業所名	部署名	TEL	被扶養者となる者の氏名
被保険者の 氏名	記号	番号	上記者の生年月日 昭・平・令 年 月 日
1. 被扶養者となるものの続柄：	あなたの		被扶養者となる者の職業 - 勤務先または学校名 無職 イ.定年退職 ロ.疾病等による無職 ハ.その他() 被扶養者となる者の収入(年間) 1. 給与収入、事業収入 (万円) 2. 公的年金、恩給 (万円) 3. 失業給付、傷病手当金 (万円) 4. 家賃収入、配当、利子等 (万円) 5. 仕送り、その他 (万円) ----- 合 計 万円
2. あなたと被扶養者となる者は：	同居	別居	
3. 別居の場合あなたからの仕送りは：	年額	万円	
4. あなたには兄弟姉妹が：	有()	なし	
5. あなたが今回被扶養者の申請をする理由：			
(扶養に至った理由や扶養の実態をできるだけ詳しく記入してください。)			
----- ----- ----- ----- -----			
事業所記入欄(申請についての補足等) (事業所担当者) (事業主として 把握している本人の扶養の実態を記入してください。)			
----- ----- -----			
健康保険組合使用欄 認定・保留・否認 (理由)			
----- ----- -----			