被扶養者として申請する者の収入調査書

被扶養者として申請する者の氏名	健保　花子	年齢	36 歳	続柄	妻

■ 被扶養者として申請するに至った理由（レ点で回答または記入）

詳細に記入してください。

☐ 再雇用
☐ 任意継続被保険者加入
☑ その他（収入が減ったため）

■ 被扶養者として申請する者の職業・収入等（レ点で回答または記入）

(1) 今現在の職業について記入してください。

☑ 有職　勤務先名：株式会社●●

☐ 無職
- ☐ ここ数年勤めていない
- ☐ 昨年度または本年度途中までは勤務していた。（①～④を記入）

①退職（予定）日　　年　　月　　日
②退職理由：
③勤務先名：
④失業保険　☐ 受給しない　（理由　　）
☐ 申請中　☐ 受給中
☐ 申請予定（　　月予定）
☐ 受給終了（　　年　　月　　日終了）

(2) 今現在の収入について記入してください。

①年金・恩給収入（受給しているものすべてを記入）
☐ 有（下に進んでください。）　☑ 無

【名称】	【年間金額】
（　　）	（　　円/年間）
（　　）	（　　円/年間）
（　　）	（　　円/年間）
合計	（　　円/年間）

②自営業収入
☐ 有（下に進んでください。）　☑ 無
☐ 自営業　☐ 農業　☐ 漁業　☐ その他（　　）
年間収入を記入してください。　　円/年

③勤労収入
☐ 有（下に進んでください。）　☐ 無
☐ 正社員　☑ パート・アルバイト　☐ その他
収入額を記入してください。　50,000 円/月
600,000 円/年間

（直近3ヶ月分の給与明細等の写しを添付してください。）

- 勤務形態を記入してください
  1週間に何日勤務しますか　3 日/週
  1日に何時間勤務しますか　6 h/日
- 勤務先の正社員の勤務形態を記入してください
  1週間に何日勤務しますか　5 日/週
  1日に何時間勤務しますか　8 h/日

④その他の収入
☐ 有（下に進んでください。）　☑ 無
『　　』が、収入で　　円/年間

■ 被扶養者として申請する者の現状（レ点で回答または記入）

(1) 今回の届出前まで加入していた健康保険の種類を記入してください。

☐ 国民健康保険　☑ 協会けんぽ　☐ その他
☐ 任意継続保険　☐ 無保険

(2) 保険給付について記入してください。

☐ 有（下に進んでください。）　☑ 無
☐ 出産手当金　（分娩予定日：　　年　　月　　日）
☐ 傷病手当金　☐ その他
受給終了（予定）日　　年　　月　　日

(3) 医療扶助について記入してください。

☐ 有（下に進んでください。）　☑ 無
☐ 障がい　☐ 特定疾患　☐ 母（父）子家庭　☐ その他
受給終了（予定）日　　年　　月　　日

(4) 被扶養者として申請する者の配偶者について記入してください。
（妻（夫）の申請の場合は記入不要）

☐ 有（年齢　　歳）
☐ 無
収入について
☐ 有（下に進んでください。）　☐ 無
収入額　　円/年間
☐ 離別　☐ 死亡（S・H・R　　年　　月　　日死亡）
☐ その他（　　）

(5) 家族構成について記入してください。（配偶者・子供の申請の場合は記入不要）

①ご自身（被保険者）の兄弟・姉妹の有無
☐ 有（下に進んでください。）（別居者も記入。）　☐ 無
〔兄が　　人、弟が　　人、姉が　　人、妹が　　人〕

②被扶養者として申請する者と同居されている方の有無
☐ 有（下に進んでください。）　☐ 無
〔続柄：　　〕

■ 被扶養者として申請する者が別居の場合（同居の場合は記入不要）

(1) 生活費の仕送り（援助額）について記入してください。

①ご自身の仕送り額　　円/月
②他の親族からの仕送り額　　円/月

※ 手渡し等による仕送り（援助額）は、当組合は仕送り（援助額）として認めていません。仕送り（援助額）の送金は、公共金融機関を利用したものに限ります。

☆ 収入の額は、原則として申請時以降の推定額を記入してください。
なお、これにより難い場合は、直近の実績により記入してください。
☆ それぞれの収入について、証明書・決定通知書等の写しを添付してください。

上記の記入に関し、相違ありません。
令和　5　年　10　月　2　日

被保険者氏名　健保　太郎

ユニプレス健康保険組合
改定202104