

**被扶養者認定資料**

(被扶養者として申請する方について次のすべて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  
または勤務先

職業  
勤務先名  
所在地

(TEL - )

(2) (1)の入社年月日および  
退職年月日とその理由

入社 年 月 日  
退職 年 月 日

(退職理由 )

(3) 現在加入している  
保険の種類

健康保険 (記号 番号 )  
健康保険組合のときはその名称( )  
国民健康保険 ・ その他( )

(4) 収入の有無および  
その内訳

有 恩給・年金収入 受給額(年額) 円)  
・最近の支払通知書または証書の写を添付して下さい。  
勤 労 収 入 ( 円)  
副 業 収 入 (内 容 円)  
家 賃 等 の 収 入 ( 円)  
無 利 子 収 入 ( 円)  
農 業 収 入 (耕作 有/無 円)  
そ の 他 収 入 (内 容 円)

(5) 雇用保険法による  
失業等給付の受給の有無

有 ・ 無 ・ 手続中 ・ 終了  
(令和 年 月 日)まで

(6) 健康保険法による  
傷病手当金および  
出産手当金の受給  
の有無

傷病手当金の受給 有 ・ 無  
出産手当金の受給 有 ・ 無  
分娩予定年月日 (令和 年 月 日)

(7) 労災保険法による  
休業(補償)給付等  
の受給の有無

有 ・ 無

(8) 扶養手当支給の有無 有 ・ 無 (理由 )

(9)被扶養者として申請する理由⇒扶養するに至った事情(経緯)、その時期などについて具体的に詳しく記載してください。

---

---

---

---

---

---

---

---

(10)家族構成(同居、別居にかかわらず兄弟姉妹全員を含めた家族全員について記入してください。)

氏名	続柄	年齢	職業	勤務先	月収	同・親	住所
	本人						

(11)1カ月の所要生計費 (概算) 月 円 (家族とも計 名)

(12)被扶養者としていた方の生計費を、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  
(注)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 )

(13)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。  
大阪府農協健康保険組合殿  
令和 年 月 日

被保険者証 の記号番号	—	被保険者 の氏名	Ⓜ
----------------	---	-------------	---