別表第2

扶 養 認 定 対 象 者 現 況 表

※ 他の目的に使用することはありませんので、事実に基づいてありのまま記入してください。

記号	番号	認定対象者氏名	同居・別居
		（ 男 ・ 女 ）	

1 扶養の事由 （被保険者が扶養しなければならない事由を詳細に記入してください）

【 以下の該当する箇所に☑チェックを入れ、必要事項を記入してください 】

2 認定対象者の収入状況

Q1 現在収入がありますか？

☐ いいえ

☐ はい ⟶

今後1年間の収入見込額	収入の内訳
円	☐ 給与収入 ☐ 営業収入 ☐ 不動産収入 ☐ 農業収入 ☐ 年金収入（種類: 年金） ☐ 傷病手当金 ☐ その他（ ）

Q2 過去に働いていましたか？（最新の所得証明書に計上されている収入金額に該当する就労箇所について記入してください）

☐ いいえ

☐ はい

※ (3) 雇用保険受給状況についての選択記号 の内容
ア:受給する イ:受給中 （手続き中含む） ウ:受給延長中 （手続き中含む） エ:受給終了済 オ:受給しない

	(1) 就労期間について 就労開始日		(1) 就労期間について 退職日	(2) 退職金について 支給の有無	(2) 退職金について 退職金額	(3) 雇用保険について 加入の有無	(3) 雇用保険について 受給状況※
①	昭・平・令 年 月 日	～	平・令 年 月 日	☐ なし		☐ なし	
				☐ あり	円	☐ あり	ア ・イ ・ウ ・エ ・オ
②	昭・平・令 年 月 日	～	平・令 年 月 日	☐ なし		☐ なし	
				☐ あり	円	☐ あり	ア ・イ ・ウ ・エ ・オ
③	昭・平・令 年 月 日	～	平・令 年 月 日	☐ なし		☐ なし	
				☐ あり	円	☐ あり	ア ・イ ・ウ ・エ ・オ

【雇用保険を受給しない旨の理由】 ◎ 受給状況で「オ:受給しない」を選択した場合は必ず記入してください。

※雇用保険受給について、申告内容と相違している場合は、被扶養者資格が取消となることがあります。

3 認定対象者が現在加入している医療保険制度

☐ 未加入⟶ 年 月 日 喪失

☐ 加入 ⟶
☐ 健保名（ ）
☐ 共済組合
☐ 国民健康保険

4 認定対象者の配偶者の有無 ※ 認定対象者が被保険者の配偶者である場合は記入不要です。

☐ なし⟶
☐ あり

☐ 未婚 ☐離婚等・・・離婚された年月（昭・平・令 年 月）
☐ 死別 死亡年月（昭・平・令 年 月）亡くなられた配偶者の生前の主な職業は何ですか。
☐会社員 ☐公務員 ☐自営業 ☐その他（ ）

5 被保険者以外に扶養義務者（兄弟姉妹等）はいますか。※ 認定対象者が被保険者の配偶者である場合は記入不要です。

☐ いない

☐ いる ⟶

氏名: 年齢: 歳 続柄: 職業:

【認定対象者を被扶養者としていない理由】 ◎ 左記で「いる」を選択した場合は必ず記入してください。

6 別居者への送金はありますか。

☐ いいえ

☐ はい ⟶ 送金の事実を証明するもの及び送金計画書を別途添付してください。

＜誓約書＞

上記の記入内容に相違ありません。また、認定後において、扶養する事実が消滅した場合は、速やかに届出をいたします。万一、申告を偽ったり、届出を怠って保険給付を受けた場合は、私が全額弁済することを誓約します。

年 月 日

ジェイアールグループ健康保険組合理事長殿

被保険者氏名 印

※必ず自筆で署名し、捺印してください