

被扶養者 認定申請書

1.被保険者（本人） (*1) KOSMO-Webに掲載している「資格情報のお知らせ」を参照ください。

被保険者等の記号番号(*1)		被保険者の氏名	
記号	番号	申請内容は事実と相違ありません。	

2.扶養義務者の状況 (扶養義務者とは認定対象者を扶養する義務のあるもの)

氏名	年齢	被保険者との続柄	認定対象者との同居・別居	職業等	年収
		本人	/	/	万円
		配偶者有・無	同居・別居		万円
			同居・別居		万円
			同居・別居		万円

3.被保険者以外の扶養義務者が扶養しない理由

被保険者の配偶者がJAL健保の被保険者の場合
配偶者の記号番号： -

4.認定対象者 (1)

氏名	続柄	年齢	同居 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	別居 <input type="checkbox"/> 別居	直前の加入健保がJAL健保だった場合 記号番号： - 退職日：
申請事由	<input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給終了 <input type="checkbox"/> 被保険者の新規加入 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 扶養替え <input type="checkbox"/> 収入減少 <input type="checkbox"/> 雇用契約変更による収入減少 (変更日：)				
認定対象者の今後の収入(見込)状況 (①~⑤の該当する全ての□にチェック、状況、金額等を記入)					
①雇用保険	<input type="checkbox"/> 受給する <input type="checkbox"/> 受給延長(理由) <input type="checkbox"/> 受給しない <input type="checkbox"/> 受給終了 <input type="checkbox"/> 受給資格がない → <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 加入期間不足				
②年金収入	<input type="checkbox"/> 受給(または申請)している → <input type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 個人 → 万円/年 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 企業 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 受給していない → <input type="checkbox"/> 加入期間不足 <input type="checkbox"/> その他(理由)				
③給与収入	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 万円/年	④その他収入	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 収入の種類： → 万円/年		
⑤保険給付金	<input type="checkbox"/> 受給しない <input type="checkbox"/> 受給(または申請)している → <input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> 労災保険 <input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> その他 () → 円/日額				

4.認定対象者 (2)

氏名	続柄	年齢	同居 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	別居 <input type="checkbox"/> 別居	直前の加入健保がJAL健保だった場合 記号番号： - 退職日：
申請事由	<input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給終了 <input type="checkbox"/> 被保険者の新規加入 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 扶養替え <input type="checkbox"/> 収入減少 <input type="checkbox"/> 雇用契約変更による収入減少 (変更日：)				
認定対象者の今後の収入(見込)状況 (①~⑤の該当する全ての□にチェック、状況、金額等を記入)					
①雇用保険	<input type="checkbox"/> 受給する <input type="checkbox"/> 受給延長(理由) <input type="checkbox"/> 受給しない <input type="checkbox"/> 受給終了 <input type="checkbox"/> 受給資格がない → <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 加入期間不足				
②年金収入	<input type="checkbox"/> 受給(または申請)している → <input type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 障がい <input type="checkbox"/> 個人 → 万円/年 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 企業 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 受給していない → <input type="checkbox"/> 加入期間不足 <input type="checkbox"/> その他(理由)				
③給与収入	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 万円/年	④その他収入	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 収入の種類： → 万円/年		
⑤保険給付金	<input type="checkbox"/> 受給しない <input type="checkbox"/> 受給(または申請)している → <input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> 労災保険 <input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> その他 () → 円/日額				