

健康保険被扶養家族（有無）の調査票

健康保険に入れる被扶養家族がおられますか。

無	有
----------	----------

該当する方に○を付してください。



被扶養家族を記入してください。

該当欄に○を記入してください	続柄	該当欄に○を記入してください	続柄
<input type="checkbox"/>	配偶者	<input type="checkbox"/>	義父 (注) 同居が条件
<input type="checkbox"/>	子供 () 人	<input type="checkbox"/>	義母 (注) 同居が条件
<input type="checkbox"/>	父	<input type="checkbox"/>	その他 ()
<input type="checkbox"/>	母		

*被扶養家族がある方は、この調査票とは別に、「被扶養者認定申請書」に「必要な証明書類」
 (「雇用保険・健康保険(私学共済)の手続きについて」を参照)を添えて提出してください。

所属 _____ 職員番号 _____ 氏名 _____
 (電話番号 _____ - _____ - _____)

【 参考 被扶養者になれる家族の範囲 】

3 親等内の親族（内縁・養子縁組を含む）
 （配偶者・子・父母・孫・祖父母・弟妹は、別居していてもよい）

諸条件により、必ずしも被扶養家族に認められるとは限りません。

