健康保険被扶養家族（有無）の調査票

所属　　職員番号　　氏名（ふりがな）

（電話番号　　－　　－　　）

健康保険に入れる被扶養家族がおられますか。

無	有

該当する方に〇を付してください。

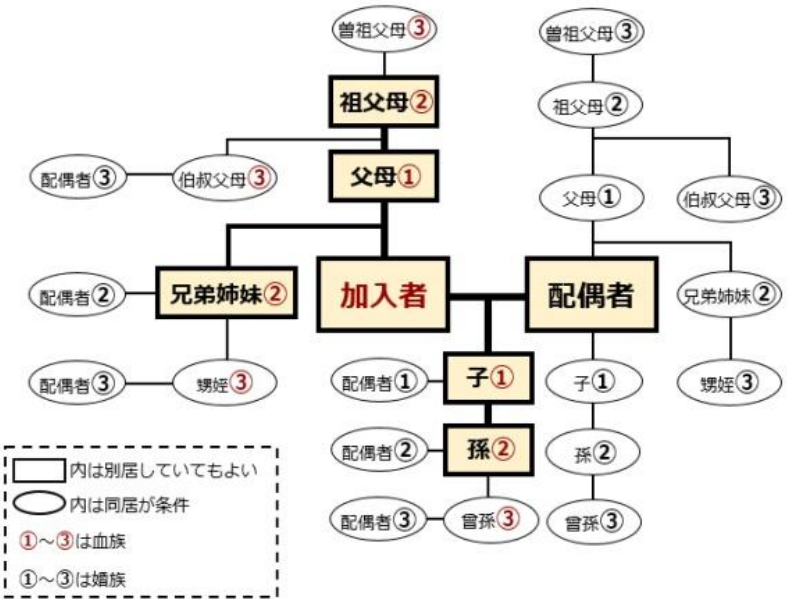
被扶養家族を記入してください。

被扶養者氏名	続　柄（該当箇所を〇で囲んでください）
	妻・夫・子・父・母・義父・義母・その他（　　）
	妻・夫・子・父・母・義父・義母・その他（　　）
	妻・夫・子・父・母・義父・義母・その他（　　）
	妻・夫・子・父・母・義父・義母・その他（　　）
	妻・夫・子・父・母・義父・義母・その他（　　）
	妻・夫・子・父・母・義父・義母・その他（　　）

*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。

【　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。