被扶養者調書

令和　　年　　月　　日

群馬県農業団体健康保険組合　理事長様

記号		番号	
被保険者氏名			

認定対象者（認定を受けたい者）の状況について、下記により届出いたします。

記

1. 認定対象者について

氏名		生年月日	昭 ・ 平 ・ 令　　年　　月　　日
同居の有無	□　同居　※同居の場合は住所の記入は不要です。 □　別居　　別居の場合は認定対象者の住所及び被保険者の援助額を記入してください。		
住所	〒　　－	被保険者の援助額	円/月

2. 認定対象者を扶養する事由について （退職、廃業、健康上の事情により生活が困難になった経過や当該被保険者以外に扶養能力のある親族等が存在しないなどの理由を記入してください。）

3. 認定対象者の近況について （住居、家族、仕事等生活全般について記入してください。）

4. 認定対象者の現在の収入について （今後見込まれる収入を記入してください。）

□ 給与 （アルバイト・パート等）	円/月
□ 事業所得 （農業所得・不動産所得等）	円/月
□ 公的年金 （老齢・障害・遺族年金等）	円/月
□ 雇用保険給付金 （失業給付金・育児休業給付金等）	円/月
□ その他（　　）（傷病・出産手当金・個人年金等）	円/月

●収入金額（収入が複数の場合、金額を合算してください。無収入の場合、年収総額に「0」と記入してください。）

月収平均　　円/月　　年収総額(見込み額)　　円/年

事 業 主 証 明 欄
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和　　年　　月　　日 事業所名 事業主名

(2022.4)

被扶養者現況届（配偶者用）

令和　　年　　月　　日

群馬県農業団体健康保険組合　理事長　様

記号		番号	
被保険者氏名			

認定対象者（配偶者）の状況について、下記により届出いたします。

記

1．認定対象者について

氏名		生年月日	昭 ・ 平 ・ 令　　年　　月　　日
同居の有無	□　同居　※同居の場合は住所の記入は不要です。 □　別居　　別居の場合は認定対象者の住所及び被保険者の援助額を記入してください。		
住所	〒　　－	被保険者の援助額	円/月

2．認定対象者を扶養する事由について （被扶養者資格が発生した経緯などの理由を記入してください。）

3．認定対象者の職歴について （直近3年以内の最終職歴を記入してください。）

□　無		
□　有	会社名	
	退職年月日	令和　　年　　月　　日 （勤続年数　　年　　カ月）
	雇用保険加入の有無	□ 無 ： 理由 （　　）
		□ 有　※「離職票1・2」の原本を添付してください。

4．認定対象者の現在の収入について （今後見込まれる収入を記入してください。）

□ 給与 （アルバイト・パート等）	円/月
□ 事業所得 （農業所得・不動産所得等）	円/月
□ 公的年金 （老齢・障害・遺族年金等）	円/月
□ 雇用保険給付金 （失業給付金・育児休業給付金等）	円/月
□ その他（　　）（傷病・出産手当金・個人年金等）	円/月

●収入金額（収入が複数の場合、金額を合算してください。無収入の場合、年収総額に「0」と記入してください。）

月収平均　　円/月　　年収総額(見込み額)　　円/年

事 業 主 証 明 欄
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和　　年　　月　　日 事業所名 事業主名

(2022.4)

雇用・給与支払証明書

１．氏名等についてご記入ください。

氏　名		生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日
住　所			

２．勤務状況についてご記入ください。

採用年月日	昭・平・令　　年　　月　　日
労 働 時 間	時間／日
労 働 日 数	日／月
時給（日給）	円

３．給与支払状況についてご記入ください。（未払いの月につきましては、概算をご記入ください。）

支給年月	基本給	通勤手当	その他手当	支給総額
年　１月				
年　２月				
年　３月				
年　４月				
年　５月				
年　６月				
年　７月				
年　８月				
年　９月				
年１０月				
年１１月				
年１２月				
概算の年収額				

上記のとおり証明いたします。

令和　　年　　月　　日

事業所所在地

事 業 所 名 称

事　業　主　名

(2022.4)

被扶養者調書

記入例

本人取得時

群馬県農業団体健康保険組合　理事長　様

記号	900	番号	○○○○
被保険者氏名	健康　太郎		

認定対象者（認定を受けたい者）の状況について、下記により届出いたします。

記

1. 認定対象者について

氏名	健康　○○	生年月日	昭・(平)・令　10 年 2 月 2 日
同居の有無	☑ 同居　※同居の場合は住所の記入は不要です。 ☐ 別居　別居の場合は認定対象者の住所及び被保険者の援助額を記入してください。		
住所	〒　－	被保険者の援助額	円/月

2. 認定対象者を扶養する事由について（退職、廃業、健康上の事情により生活が困難になった経過や当該被保険者以外に扶養能力のある親族等が存在しないなどの理由を記入してください。）

長男は令和3年3月31日に大学卒業後、無職である。

私が就職したのが、令和4年4月1日のため、同日で扶養認定していただきたい。

3. 認定対象者の近況について（住居、家族、仕事等生活全般について記入してください。）

現在、アルバイトはしておらず、就職活動を行っている。

4. 認定対象者の現在の収入について（今後見込まれる収入を記入してください。）

☐ 給与（アルバイト・パート等）	円/月
☐ 事業所得（農業所得・不動産所得等）	円/月
☐ 公的年金（老齢・障害・遺族年金等）	円/月
☐ 雇用保険給付金（失業給付金・育児休業給付金等）	円/月
☐ その他（　　）（傷病・出産手当金・個人年金等）	円/月

●収入金額（収入が複数の場合、金額を合算してください。無収入の場合、年収総額に「0」と記入してください。）

月収平均　0　円/月　　年収総額(見込み額)　0　円/年

事　業　主　証　明　欄

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　4年　4月　1日

事業所名　○○○農業協同組合

事業主名　○○　○○

(2022.4)

被扶養者調書

記入例

退職による扶養申請用

群馬県農業団体健康保険組合　理事長　様

記号	900	番号	○○○○
被保険者氏名	健康　太郎		

認定対象者（認定を受けたい者）の状況について、下記により届出いたします。

記

1. 認定対象者について

氏名	健康　○○	生年月日	昭・(平)・令　10 年 2 月 2 日
同居の有無	☑ 同居　※同居の場合は住所の記入は不要です。 ☐ 別居　　別居の場合は認定対象者の住所及び被保険者の援助額を記入してください。		
住所	〒　－	被保険者の援助額	円/月

2. 認定対象者を扶養する事由について（退職、廃業、健康上の事情により生活が困難になった経過や当該被保険者以外に扶養能力のある親族等が存在しないなどの理由を記入してください。）

長男は令和4年3月31日で退職したため、現在は私の収入で生活している。失業保険の受給はなく、アルバイトをしながら次の就職を目指して活動している。

令和4年4月1日より、アルバイト収入のみのため、扶養認定していただきたい。

3. 認定対象者の近況について（住居、家族、仕事等生活全般について記入してください。）

長男は週3日、近くのコンビニでアルバイトをしており、次の就職に向けて努力している。

4. 認定対象者の現在の収入について（今後見込まれる収入を記入してください。）

☑ 給与（アルバイト・パート等）	80,000　円/月
☐ 事業所得（農業所得・不動産所得等）	円/月
☐ 公的年金（老齢・障害・遺族年金等）	円/月
☐ 雇用保険給付金（失業給付金・育児休業給付金等）	円/月
☐ その他（　　）（傷病・出産手当金・個人年金等）	円/月

●収入金額（収入が複数の場合、金額を合算してください。）（無収入の場合、年収総額に「0」と記入してください。

月収平均　80,000　円/月　　年収総額(見込み額)　960,000　円/年

事業主証明欄

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　4年　4月　1日

事業所名　○○農業協同組合

事業主名　○○　○○

(2022.4)

被扶養者現況届（配偶者用）

記入例

本人資格取得時

群馬県農業団体健康保険組合　理事長　様

記号	900	番号	○○○○
被保険者氏名	健康　太郎		

認定対象者（配偶者）の状況について、下記により届出いたします。

記

1. 認定対象者について

氏名	健康　花子	生年月日	昭・平・令　56 年 6 月 6 日
同居の有無	☑ 同居　※同居の場合は住所の記入は不要です。 ☐ 別居　　別居の場合は認定対象者の住所及び被保険者の援助額を記入してください。		
住所	〒　－	被保険者の援助額	円/月

2. 認定対象者を扶養する事由について（被扶養者資格が発生した経緯などの理由を記入してください。）

専業主婦のため、無職である。

私が就職したのが、令和4年4月1日のため、同日で扶養認定していただきたい。

3. 認定対象者の職歴について（直近3年以内の最終職歴を記入してください。）

☑ 無		
☐ 有	会社名	
	退職年月日	令和　　年　　月　　日（勤続年数　　年　　カ月）
	雇用保険加入の有無	☐ 無　：　理由（　　）
		☐ 有　※「離職票1・2」の原本を添付してください。

4. 認定対象者の現在の収入について（今後見込まれる収入を記入してください。）

☐ 給与（アルバイト・パート等）	円/月
☐ 事業所得（農業所得・不動産所得等）	円/月
☐ 公的年金（老齢・障害・遺族年金等）	円/月
☐ 雇用保険給付金（失業給付金・育児休業給付金等）	円/月
☐ その他（　　）（傷病・出産手当金・個人年金等）	円/月

●収入金額（収入が複数の場合、金額を合算してください。無収入の場合、年収総額に「0」と記入してください。）

月収平均　0　円/月　　年収総額(見込み額)　0　円/年

事　業　主　証　明　欄

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　4年　4月　1日

事業所名　○○○農業協同組合

事業主名　○○　○○

(2022.4)

被扶養者現況届（配偶者用）

記入例

退職による扶養申請

群馬県農業団体健康保険組合　理事長　様

記号	900	番号	○○○○
被保険者氏名	健康　太郎		

認定対象者（配偶者）の状況について、下記により届出いたします。

記

1. 認定対象者について

氏名	健康　花子	生年月日	(昭)・平・令　56 年 6 月 6 日
同居の有無	☑ 同居　※同居の場合は住所の記入は不要です。 ☐ 別居　別居の場合は認定対象者の住所及び被保険者の援助額を記入してください。		
住所	〒　－	被保険者の援助額	円/月

2. 認定対象者を扶養する事由について（被扶養者資格が発生した経緯などの理由を記入してください。）

令和4年3月31日に退職をしたため、令和4年4月1日より扶養認定していただきたい。

なお、現在はパート収入のみである。

3. 認定対象者の職歴について（直近3年以内の最終職歴を記入してください。）

☐ 無		
☑ 有	会社名	株式会社　○○○○
	退職年月日	令和　4 年　3 月　31 日（勤続年数　○年　○カ月）
	雇用保険加入の有無	☐ 無　：　理由（　　）
		☑ 有　※「離職票1・2」の原本を添付してください。

4. 認定対象者の現在の収入について（今後見込まれる収入を記入してください。）

☑ 給与（アルバイト・パート等）	50,000 円/月
☐ 事業所得（農業所得・不動産所得等）	円/月
☐ 公的年金（老齢・障害・遺族年金等）	円/月
☐ 雇用保険給付金（失業給付金・育児休業給付金等）	円/月
☐ その他（　　）（傷病・出産手当金・個人年金等）	円/月

●収入金額（収入が複数の場合、金額を合算してください。無収入の場合、年収総額に「0」と記入してください。）

月収平均　50,000　円/月　　年収総額(見込み額)　600,000　円/年

事　業　主　証　明　欄

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　4年　4月　1日

事業所名　○○○農業協同組合

事業主名　○○　○○

(2022.4)

雇用・給与支払証明書

記入例

1．氏名等についてご記入ください。

氏　名	○○　○○	生年月日	昭・平・令　5年　4月　3日
住　所	○○県○○市○○町○○番地		

2．勤務状況についてご記入ください。

採用年月日	昭・平・令　30　年　1月　1日
労働時間	4　時間／日
労働日数	10　日／月
時給（日給）	900　円

3．給与支払状況についてご記入ください。（未払いの月につきましては、概算をご記入ください。）

支給年月	基本給	通勤手当	その他手当	支給総額
○　年　1月	36,000	5,000		41,000
○　年　2月	36,000	5,000		41,000
○　年　3月	36,000	5,000		41,000
○　年　4月	36,000	5,000		41,000
○　年　9月	36,000	5,000		41,000
○　年１０月	36,000	5,000		41,000
○　年１１月	36,000	5,000		41,000
○　年１２月	36,000	5,000		41,000
概算の年収額	432,000	60,000		492,000

被扶養者として該当される月から今後、１年間の収入見込みをご記入ください。

上記のとおり証明いたします。

令和　4　年　4　月　1　日

事業所所在地　○○県○○市○○町○○番地○○
事業所名称　○○○株式会社
事業主名　○○　○○

(2022.4)