

被扶養者の認定にともなう照会について

※ 被扶養者の認定を行うにあたり下記事項の確認を必要としますので、被扶養者の勤務先から記入・証明をうけてから、被扶養者異動届とともに提出してください。

健康保険被保険者証 記号 _____ 番号 _____
被扶養者氏名 _____ (被保険者氏名 _____)

被扶養者の勤務先の記入・証明欄

●上記の被扶養者の雇用状況については次のとおりです。(※該当のところに□を付してください。)

1.雇用形態

パートタイマー アルバイト 家族従業員 その他 _____

2.雇用契約期間

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 から 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 まで

3.勤務日数・勤務時間

①上記被扶養者・・・就労日数:月平均 _____ 日
毎月の所定の休日:毎週 _____ 曜日、他に _____
1日の就労時間(休憩時間を除く実労働時間) _____ 時間

②他の正社員・・・就労日数:月平均 _____ 日
1日の就労時間(休憩時間を除く実労働時間) _____ 時間

4.基本給の支払形態及び金額

時給 _____ 円/時間 日給 _____ 円/日 月給 _____ 円/月

5.交通費の支給

支給なし
支給あり・・・ その金額 _____ 円/月

6.諸手当・賞与の支給

支給なし
支給あり・・・ 諸手当や賞与の名称 _____
その金額 _____ 円/月
その金額 _____ 円/月

7.その他(特別な事情や上記1.~6.に当てはまらない点等ありましたら記入してください。)

上記のとおり相違ありません。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

事業所所在地 _____
事業所名称 _____
事業主氏名 _____ (印)
電話番号 _____