

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・証明を受けてから、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。（※該当のところにチェックを付けてください。）

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

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

3. 勤務日数・勤務時間

就労日数：週平均_____ 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

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。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

事業所所在地
被扶養者 事業所名称
勤務先 事業主氏名
電話番号