

甲信越信用組合健康保険組合 御中

この届出書の内容は事実と相違ありません。事実と相違がある場合は、
遡って認定を取り消されても異議申し立て致しません。
なお、その際は医療費・保険給付費等を全額返還することを約束致します。

健康保険被保険者証	記号		番号	
被保険者氏名				

扶 養 状 況 届

扶養申請者氏名	続柄	生 年 月 日	住居	配偶者の有無	
		昭・平・令 年 月 日 (歳)	同居 別居	有 無 (未婚・離別・死別) ↑ (いずれかに○を)	
被保険者の年収 万円 (新規加入の場合は見込額、給与・賞与・その他の収入を含んだ金額を記入)					
1.申請する事由	(被保険者が扶養するに至った年月日、およびその理由等詳しく記載してください。)				
2.扶養申請者が現在加入している健康保険は何ですか？	1. 国民健康保険に加入 2. 被保険者以外の方の被扶養家族 3. 任意継続に加入 4. 加入なし 5. その他()				
【※1】 3.扶養申請者の収入について有無に○印を記入し「有」の場合は金額をご記入ください。 ②については、対象の給付に○印をしてください。雇用保険の失業給付対象者は受給の有無にかかわらず「失業給付受給に関する誓約書」の提出をお願いします。	① パート・アルバイト等の給与収入 有 (月額 円)・無				
	② 雇用保険の失業給付・出産手当金・傷病手当金 有 (日額 円)・無 (受給予定も含む)				
	③ 自営業・農業収入・不動産所得・ その他 () の収入 有 (月額 円)・無				
	④ 遺族年金の受給 有 (月額 円)・無 配偶者と死別されている方で「無」に○印の方はその理由を必ずご記入ください 理由： []				
	⑤ 年金・恩給などの受給 《「有」の場合は年金の種類に○をしてください》 〔老齢・障害・恩給・その他()〕 有 (月額 円)・無				
【※2】 4.扶養申請者に貴方以外に扶養義務者と目される方がいる方は記入してください	氏 名	続 柄	年 齢	住 居	収 入 に つ い て
	①			同居・別居	給料 ・ 年金 ・ その他 () 月額 円
	②			同居・別居	給料 ・ 年金 ・ その他 () 月額 円
5.扶養申請者の生活費をどの程度負担されていますか？	①被保険者による生活費の負担 (子(学生)の場合は記入不要)		無 ・ 有 (月額 円で生活費の約 %を負担) (別居の場合は生活負担額の送金証明が必要です)		
	②被保険者以外による生活費の負担		無 ・ 有 上記4項①の者より月額 円負担 " ②の者より月額 円負担		

※1. 収入が「有」の方は、それぞれ収入の根拠となる確定申告書・年金通知書等を提出してください。
※2. 扶養義務者とは、扶養申請者を扶養する義務があると思われる方です。
[既婚者であれば《配偶者》、孫・兄弟姉妹・甥姪であれば《その者の父・母》になります。
被保険者の配偶者以外の方を扶養申請する際は、扶養義務者と目される方の収入調査をさせていただきます。]