

被扶養者認定申立書

常務理事	事務長	係員

認定日

※健保で記入

この理由書は、健康保険法第197条第2項に基づき提出が求められている「被扶養者(異動)届」の記載内容について、当健康保険組合の被扶養者認定基準に基づく審査を行うために提出をいただきます。**太枠内をご記入ください。**

1/2ページ

被保険者氏名	記号	番号	取得年月日	標準報酬月額
			昭・平・令 年 月 日	
申請対象者氏名	続柄	生年月日	配偶者の有無	収入の有無
(歳)		昭・平・令 年 月 日	・有 ・無	・有(①に記入) ・無

①収入の明細(申請対象者に収入がある場合は必ず記入)

申請対象者の収入状況	収入の種類		年収を記入して下さい
	勤労収入	パート・アルバイト・内職・その他()	円
	公的年金	厚生年金(老齢・障害・遺族)・国民年金(老齢・障害・遺族)・各種共済年金・船員保険年金・企業年金・個人年金などすべての年金収入を記入	円
	事業収入	不動産等の自家営業・農業・漁業・林業・その他	円
	雇用保険給付金	失業等給付の総額を記入	円
	休業補償給付等	労災保険の「休業(補償)給付」や「傷病(補償金)年金」、「遺族(補償)給付」、あるいは健康保険の「傷病手当金」や「出産手当金」の支給総額を記入	円
	その他	不動産収入・利子・配当金・親族からの仕送り収入などを記入	円

②あなたが扶養しなければならない理由(具体的な理由を記入)

.....

.....

.....

③今後の予定について(将来展望など)

.....

.....

.....

◆いつまで扶養するか <令和 年 月 日頃まで>

④申請対象者が現在加入している医療保険

健康保険 任意継続保険 国民健康保険 その他(共済組合・無保険等)

2ページ目に続く

⑤あなたの配偶者年収状況(①の申請対象者と重複、または配偶者がいない場合は記載不要です。)

	今年度年収予定額 (自営業の方は予定所得額)	前年度年収額 (自営業の方は所得額)
配偶者の年収(ご氏名:)	万円	万円

※夫婦双方の年間収入の差が1割以下の場合は、配偶者の源泉徴収票(写)を添付してください。

⑥申請対象者の1か月の生計費について

申請対象者の1か月の世帯合計実績(見込)を記入

収 入	支 出	
被保険者から経済的支援額(仕送り等※)	住居費(家賃・ローン等)	円
	食費	円
円	水道・光熱費・電話代	円
申請対象者の収入(①の合計)	被服費・交際費	円
	教育費	円
円	医療費	円
被保険者・申請対象者以外からの収入	税金・社会保険料	円
	生命・損害保険料	円
	貯蓄・投資	円
円	その他雑費	円
合 計	合 計	
円	円	

※被保険者からの仕送り額は、①を超えていること、継続性があること、送金履歴証明ができることが条件となります。

<別居の場合> 仕送りについて、下記「A～C」の項目の該当欄に✓してください。

項目	A:仕送り状況	B:仕送り方法	C:仕送り頻度
申請対象者へ	<input type="checkbox"/> 以前より仕送り	<input type="checkbox"/> 送金(口座間)	<input type="checkbox"/> 毎月
	<input type="checkbox"/> 今回から開始 ※継続することが条件となります	<input type="checkbox"/> その他() ※経済的支援額の根拠	<input type="checkbox"/> 年 回 (約 円/回)

⑦申請対象者の家族状況について(申請対象者が「配偶者または子」以外の場合に記入)

該当欄に✓してください

<input type="checkbox"/> 申請対象者に扶養義務者がいない	<input type="checkbox"/> 未婚		
	<input type="checkbox"/> 既婚	配偶者なし	<input type="checkbox"/> 死亡 【遺族年金 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし】
その他		()	<input type="checkbox"/> 離婚 【経済的援助 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし】
<input type="checkbox"/> 申請対象者に扶養義務者がいる	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> その他()		

※民法上、夫婦間には相互援助の義務があるため、申請対象者に配偶者がいる場合は認定されないことがあります。

⑧医療助成制度などについて

現在の状況に該当する項目に○印、あるいは該当欄に記入

(1)乳幼児・義務教育就学児の医療費助成制度	1. 受けている(申請中)	2. 受けていない
(2)心身障害者医療費助成制度	1. 受けている(申請中)	2. 受けていない
(3)ひとり親家庭医療費助成制度	1. 受けている(申請中)	2. 受けていない
(4)その他(制度名記入:)	1. 受けている(申請中)	2. 受けていない

申請内容に相違ありません。

私との扶養関係に異動が生じた場合は、速やかに被扶養者異動届(削除)の手続きをいたします。

被保険者 署名 _____ 印 _____
連絡先() _____

この被扶養者認定申立書に記載されている内容は、「扶養認定のために利用する」以外の目的で使用することはありません。