

扶養理由書

- ◆この届書は「被扶養者異動認定届」の内容を補足する書類です。すべての項目(【8】【9】は該当者のみ)に、もれなく記入してください。
- ◆事実と相違した記入をして認定された場合は、遡ってその認定を取り消し、支給済みの保険給付費は全て返還していただきます。
- ◆この届書に記入いただいた内容は、当組合のプライバシーポリシーに基づき適切に取扱い、目的外には利用しません。

【1】認定対象者

氏名	生年月日	性別	続柄 (長男、長女等)	配偶者
	昭和 平成 年 月 日 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

【2】認定を受ける理由

- 被保険者が就職したため
 退職したため

退職した会社の名称	入社日	退職日
	昭和 平成 年 月 日 令和	平成 令和 年 月 日
退職理由		
<input type="checkbox"/> 出産のため《出産(予定)日:令和 年 月 日》 <input type="checkbox"/> 病気・ケガのため <input type="checkbox"/> 自己都合 <input type="checkbox"/> 会社都合		

- 勤務時間等の減少により収入が減ったため
 雇用保険の待期(給付制限)期間・受給終了・受給延長のため
 結婚したため(令和 年 月 日婚姻)
 その他の理由(【9】に具体的に記入してください)

【3】認定対象者の現在の収入(課税・非課税等を問わず、すべての収入を記入してください)

	<input type="checkbox"/> 収入なし(以下の収入や給付金等の受給は、すべてありません)	
給与収入	<input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> その他()	(月額 円)
事業収入等	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 不動産 <input type="checkbox"/> 配当 <input type="checkbox"/> その他()	「確定申告書(写)」及び「青色申告決算書又は 収支内訳書の全頁(写)」を添付してください
年金収入	<input type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 企業 <input type="checkbox"/> 個人	(年額 円)
給付金	<input type="checkbox"/> 雇用保険 <input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> 労災給付	(日額 円)

【4】記入日現在、認定対象者が加入中の健康保険

- 健康保険組合 全国健康保険協会 国民健康保険 未加入 その他()
(協会けんぽ)

【5】認定対象者が健康保険任意継続制度に加入中、または最近まで加入されていましたか

- はい(資格喪失日:令和 年 月 日) いいえ

【6】認定対象者の家族構成(同居・別居を問わず、兄弟姉妹を含む家族全員を記入してください)

氏名	続柄	年齢	職業等	収入(月額)	同居 別居	住所(被保険者と別居の場合に記入)
				円	<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	
				円	<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	
				円	<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	
				円	<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	
				円	<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	

【7】認定対象者の生計費を、被保険者はどの程度負担していますか

負担している割合	負担額
<input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> 大半 <input type="checkbox"/> 半分 <input type="checkbox"/> 半分未満	月額 円

【8】認定対象者が被保険者と別居している場合にのみ記入してください

送金の有無	送金の頻度と金額(手渡し、預け入れの金額は含まない)	送金方法	別居先での同居人
<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> 毎月(円) <input type="checkbox"/> 賞与月(円) <input type="checkbox"/> その他(頻度: 金額: 円)	<input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 現金書留	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(人)

【9】その他、今回の申請に関して、特別に申し出たいことがある場合は記入してください

以上、相違ありません。なお、事実と相違した記入をして認定された場合は、遡ってその認定の取消等の処分が行われても異存はありません。これに伴い、保険給付返還金が発生した場合は全額返納することを誓約したうえで提出いたします。

令和 年 月 日 記入

記号

番号

被保険者氏名

健康保険組合使用欄

受付日付印