

# 被扶養者認定申立書

この申立書は、被扶養者の認定にあたり生計維持関係等の確認書類として重要な資料となりますので、下記事項について事実をありのままにご記入ください。

なお、事実と相違することが判明した場合は、認定時に遡って取り消し、医療費等の給付金を返還していただくこととなりますので、くれぐれもご留意ください。

認定対象者氏名	〇〇 雪子	続柄	義母	生年月日	昭和 平成 令和	37年12月15日	57歳
---------	-------	----	----	------	----------------	-----------	-----

1. 対象者(被扶養者として申請する方)の現況について記入してください。

被保険者と	⇒ 同居・別居	被保険者と家計は同一で	⇒ 有・無	所得税法上の扶養控除	⇒ 有・無	
申請前に加入の医療保険制度		⇒ <input type="checkbox"/> 会社加入の健康保険(本人・家族) <input type="checkbox"/> 任意継続健康保険(本人・家族) <input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 無保険 <input type="checkbox"/> その他( )				
(月申請見込額降)	<input checked="" type="checkbox"/> 収入有	<input type="checkbox"/> 勤労収入	正社員・パート・アルバイト・その他( )	月額	円	⇒ 直近3ヵ月給与明細(写)等
		<input type="checkbox"/> 事業所得	自営・農業・その他( )	月額	円	⇒ 確定申告書(写)等
		<input checked="" type="checkbox"/> 年金・恩給	老齢・遺族・障害・恩給・その他( )	月額	67,000円	⇒ 年金支払通知書(写)等
		<input type="checkbox"/> その他	不動産・利子・配当金・その他( )	月額	円	⇒ 所得確認、証明できる書類
<input type="checkbox"/> 収入無						
申請の経緯及び理由		2年前に義父が亡くなり、それ以降、一人暮らしであった義母を長女である妻(花子)が引き取り、同居することになったため。 なお、義母は遺族年金として年間約80万受給があります。				
※できるだけ詳細に記入してください。						

2. 退職を契機として申請する場合は記入してください。(直近1年以内に退職している場合を含む。)

勤務先名	退職日	令和 年 月 日	退職理由
雇用失業給付	<input type="checkbox"/> 受給しない	⇒ 理由 ( )	⇒ 雇用保険に係る誓約書・離職票(写)
	<input type="checkbox"/> 受給できない	⇒ 理由 <input type="checkbox"/> 雇用保険未加入 <input type="checkbox"/> 加入期間不足 <input type="checkbox"/> その他	⇒ 雇用保険未加入証明書等
	<input type="checkbox"/> 受給する	⇒ 雇用保険の基本手当日額が3,612円以上(60歳以上または障害者の場合は5,000円以上)の場合、受給期間中は被扶養者になることはできません。	⇒ 雇用保険に係る誓約書 雇用保険受給資格者証(写)
	<input type="checkbox"/> 受給終了	⇒ 受給終了日 令和 年 月 日	⇒ 雇用保険受給資格者証(写)

3. 被保険者以外の扶養義務者について記入してください。(扶養義務者がいない場合は、氏名欄に「なし」と記入してください。)

氏名	続柄	年齢	職業	同居・別居の別	年収見込額	(参考)扶養義務者の例
連合 花子	妻	29	パート	同居・別居	65,000円	○母の申請→父・兄弟等
〇〇 幸子	義妹	27	アルバイト	同居・別居	40,000円	○父の申請→母・兄弟等
				同居・別居	円	○父母の申請→兄弟等
				同居・別居	円	○兄弟の申請→親兄弟等

4. 認定対象者が別居の場合は記入してください。(同居家族がいない場合は、氏名欄に「なし」と記入してください。)

認定対象者の住所	〒 -	連絡先	-		
被保険者からの仕送り額	氏名	続柄	年齢	職業	年収見込額
毎月額 円	認定対象者と同居の家族				円
ボーナス時 円					円
→ 直近3ヵ月程度の送金状況がわかる証明書を添付ください。…銀行振込控(写)・現金書留控(写)等					

上記のとおり、対象者の扶養状況に相違ないことを申し立てます。  
なお、当該対象者が被扶養者の認定要件を満たさなくなった場合は、速やかに所定の手続きをとることを誓約いたします。

令和 2 年 4 月 1 日 被保険者氏名 連合 太郎

上記の申し立て内容を確認しました。

令和 2 年 4 月 10 日 事業所健康保険事務 担当者氏名 健保 〇子