

扶 養 申 請 書 (添付資料)

提出日 令和 年 月 日

健康保険証の	記号	番号	被保険者氏名	印

以下は申請される被扶養者について記入ください(注1)

被扶養とする者の氏名	生年月日	大・昭 平・令	年 月 日 (才)	続柄
	この届をするまでの状態 <input type="checkbox"/> 被保険者であった → <input type="checkbox"/> 退職 (年 月 日付) 勤務先名 → 退職後現在まで下記健康保険に加入 a <input type="checkbox"/> 健康保険組合(含む任意継続) b <input type="checkbox"/> 政府管掌健保 c <input type="checkbox"/> 国民健康保険 d <input type="checkbox"/> 被扶養者(誰の:) <input type="checkbox"/> 以前からずっと被扶養者であった 誰の <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 無保険(ヶ月以上何の健康保険にも加入していない) 被扶養者とする理由 あなた以外に申請対象者を生活援助する者がある場合(例: 父、兄、夫) あなたとの関係: 援助額: 円/月額			
所得の有無	被扶養者とする者の今年の収入見込額(公的/企業年金等、一時所得、利子収入、家賃収入等を含む)			
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
	収入内訳	年収額	添付書類名	
	合計	円		
所得税法上の扶養控除対象者ですか 1. はい 2. いいえ(理由) <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 受給しません → 受給していることが判明した場合は、下記(注1)による処理に同意いたします。 <input type="checkbox"/> 受給します(注2) 署名・捺印 ㊟ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給終了(年 月 日付) <input type="checkbox"/> 受給期間の延長申請予定				
別居について	同居していない理由			
	別居先の世帯主は			
	<input type="checkbox"/> 被扶養者本人 <input type="checkbox"/> その他(その者の氏名) _____ (被保険者との関係) _____			
被扶養者への仕送額 _____ 円/月額 (被扶養者となる者の年間収入より多いことが扶養の条件となります)				

(注1) この申請書により被扶養者としての認定を受けた後、事実と相違していることが判明した場合は、遡って資格を喪失し、その間の保険給付費等については返還請求いたします。

(注2) 雇用保険を受給する場合は、給付制限期間中のみ被扶養者として認められます。

いただいた申請書に関して

- 収集目的
ご提供いただきました個人情報は、保険給付事由確認の目的で使用させていただきます。(当該目的以外に使用致しません)
- 第三者への提供
ご提供いただきました個人情報は、第三者に提供致しません。
- 開示請求権
提供頂きました情報について開示の請求をなさる場合は下記「お問合せ先」へご連絡ください。
- お問合せ先
この届に関するお問合せ先は下記の通りです。
昭和電線健康保険組合 TEL 044-366-7338