

扶養認定に伴う申出書

被 保 険 者 証	記号		被保険者 氏 名	
	番号			
事 業 所 名			所属部署	
申 請 する者 被 扶 養 者	氏 名		続 柄	生 年 月 日
				昭・ 平・令 年 月 日

《 申 出 内 容 》

健康保険の扶養申請にあたり、
被扶養対象者の現状を申告いたします。

各項目について、必要事項を記入してください。

1. 被扶養対象者の年間収入

- ・給与 円
- ・年金 円
- ・雇用保険 円
- ・その他 円

2. 被保険者と被扶養対象者の居住状況 (同居・別居)

3. 証明書等で現在未提出のものについては、入手次第提出いたします。

- ・必要書類の名称：
- ・提出予定日：

申出内容に対して何らかの変動があった場合、速やかに健保組合へ連絡いたします。
変動の連絡を怠ったことにより保険者証を不適切に使用した場合は、その医療費の全額
を健保組合へ返納いたします。

令和 年 月 日

〒 -

被保険者 住 所

氏 名 印

電話番号 (自宅)

電話番号 (携帯)