

扶養認定に伴う申出書

事業所名			
記号・番号	-	被保険者	
申請する被扶養者	続柄		
	生年月日	西暦	年 月 日
《 申 出 内 容 》			
健康保険の扶養申請にあたり、対象者の収入状況を下記のように申告いたします			
1 申請する被扶養者の年間収入			
・今年(1-12月)		円(給与・年金・その他)	
・今後の収入予定		円(給与・年金・その他)	
2 会社を退職した場合			
・失業給付を受給する予定		なし	
		あり	
		→ いつ頃 年 月から	
3 上記1および2に変動があった場合、速やかに健保組合に連絡します。			
また、収入状況の変動を連絡せず、違法に保険者証を使用したときは、その医療費の全額を返納いたします。			
4 扶養申請に必要な証明書等で、現在未提出のものについては、入手次第提出いたします。			
具体的書類 ()			
提出予定日 (月 日 頃)			
5 その他			
		申請日: 年 月 日	
被保険者 氏 名:			

* 本申出書に記入された個人情報、本申出書に係る業務処理の目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。