

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	S・H	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)

申請日: 年 月 日

被保険者 氏 名: (印)

* 必ず捺印して下さい。

* 本申出書に記入された個人情報は、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。