

扶養家族認定申請書（父母・兄弟姉妹等用）

この扶養家族認定申請書は父母（75歳以上は後期高齢者制度への加入となりますので対象外）・兄弟姉妹等の家族を申請する際、「被扶養者異動届」に添付書類と一緒に提出ください。また申請する家族1人につき1部ずつ作成してください。

※提出する添付書類は、誓約書以外すべてコピーを提出してください。該当する項目に✓のうえ、必要事項を記入してください。

申請者氏名	申請者住所			
生年月日	年 月 日	年齢	続柄	
居住	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 单身赴任以外で別居のときその理由 ()		添付書類	
			(同居のとき) 世帯全員の住民票 ※外国籍の方は、在留 (別居のとき) ①仕送り明細3ヶ月分(手渡し不可) 資格・在留期間の記載 ②申請者の世帯全員の住民票 がある住民票	
申請者が今まで加入していた健康保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険に加入		<input type="checkbox"/> 勤務先の健康保険	
	<input type="checkbox"/> 健康保険に未加入		<input type="checkbox"/> 被保険者の扶養家族	
	<input type="checkbox"/> 他の家族の扶養に入っていた (申請者から見た続柄:)		<input type="checkbox"/> 以前に勤めていた会社の任意継続保険	
父母・兄弟姉妹を申請するとき、被保険者を除く他の親族(家族)の人数をご記入ください。			同居 _____ 人	別居 _____ 人

1.申請者の配偶者の状況		添付書類
<input type="checkbox"/> 配偶者あり	<input type="checkbox"/> 収入あり (収入の種類:) (月額:) 円) <input type="checkbox"/> 収入なし	(申請者の配偶者が被保険者の被扶養者でない場合) 配偶者の直近の収入証明
<input type="checkbox"/> 配偶者なし	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 受給中 (死別のとき) 遺族年金について <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> これから受給予定 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 受給なし (該当する理由に○をして必要事項をご記入ください) 厚生年金未加入・期間不足・その他 ()	(遺族年金をこれから受給予定の場合) 年金見込額照会回答票

2.申請者の家族構成 (被保険者と申請者を含め、同居別居を問わず家族全員をご記入ください)							
	氏名	続柄	年齢	同居・別居	職業	年収	申請者への援助・仕送り (有のとき) 金額
申請者				同・別		円	
被保険者				同・別		円	無・有 円
				同・別		円	無・有 円
				同・別		円	無・有 円
				同・別		円	無・有 円

3.申請する理由 (いつ頃から扶養するに至ったか、経過および理由についてご記入ください)	
年 月頃より	
※18歳以上60歳未満の無職の方のみ働けない理由についてご記入ください。	

4.申請者の申請前の職業について			
勤務先名称			
入社日	年 月 日	退職日	年 月 日

5.雇用保険の受給状況 (以前の職業の退職日が申請前1年以内の方)		添付書類
<input type="checkbox"/> 受給しない(放棄・受給権なし)		受給しないとき ①離職票 ②不受給誓約書(原本) 受給権なしのとき ①退職月の給与明細 ②退職日のわかる書類
<input type="checkbox"/> 受給終了した		雇用保険受給資格者証の両面写し(支給終了の印字があるもの)

次頁もご記入ください →

6.収入の状況について			
収入の種類		添付書類	
(必須提出書類) 市町村発行の収入証明 ※収入の有無に関わらず提出が必要			
<input type="checkbox"/> 給与収入 (パート・アルバイト)	(月額)	円	労働条件通知書または、直近3ヶ月分の給与明細
<input type="checkbox"/> 公的年金あり (当てはまるものにすべて○をつけてください) 老齢・遺族・障害・その他 ()	(年額)	円	受給している各年金の直近の年金振込通知書 または年金改定通知書
<input type="checkbox"/> 自営業収入・農業収入あり	(年額)	円	過去3年分の確定申告書と収支内訳書
<input type="checkbox"/> または過去1年以内に廃業した		円	(廃業したときは) 廃業届
<input type="checkbox"/> その他 (内容:)	(年額)	円	状況に応じた書類
<input type="checkbox"/> 公的年金なし (60歳以上の方は年金が無い理由をご記入ください:)			

7.家計の負担状況					
(被保険者と同居のとき)	項目	世帯の1ヶ月平均の生活費 (合計)	被保険者負担分	申請者負担分	他の家族負担分 氏名 ()
	住居費 (家賃・ローン・税金)	円	円	円	円
	水道光熱費	円	円	円	円
	食費	円	円	円	円
	通信費	円	円	円	円
	交通費	円	円	円	円
	医療費等	円	円	円	円
	その他	円	円	円	円
	合計	円	円	円	円

(被保険者と別居のとき)	負担者の氏名と申請者から見た続柄		1ヶ月あたりの生活費負担額 (または仕送り額)	申請者の住居について <input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> 社宅 ・持ち家のとき：名義人氏名 _____ ・賃貸のとき：名義人氏名 _____
	申請者		円	
	氏名	続柄	円	
	氏名	続柄	円	
	氏名	続柄	円	
	氏名	続柄	円	
	氏名	続柄	円	
合計 (世帯の1ヶ月平均の生活費)			円	

<被保険者署名欄>

申請者の状況については、以上のとおり内容に相違ありません。

事実と相違した届出があった場合は、その被扶養者の資格を取り消すと共に保険給付に要した費用の返還をすることに依存はありません。

今後扶養の状況に変更があった場合は、速やかに届出いたします。

申請日 年 月 日

レンゴー健康保険組合理事長殿

被保険者氏名 _____

<事業所記入欄>

本申請について確認しました

事業所受付日 年 月 日

事業所名 _____

事業所担当者 _____