

(扶養認定に伴う) 現況・理由書及び誓約書

任 継

扶養認定審査に使用します。 該当箇所  にチェック✓してください。  
 網掛けの太枠に必要事項を記入願います。

被保険者証	記号 <b>10</b>	番号 <b>1111</b>	被保険者氏名 <b>品川 太郎</b>	申請対象者氏名 <b>品川 花子</b>
-------	-----------------	-------------------	------------------------	-------------------------

1 扶養申請理由

被保険者の入社	<input checked="" type="checkbox"/>	左記以外の理由 理由詳細を下記にご記入ください。
結婚・出産・介護 病気・けが	<input type="checkbox"/>	<b>被保険者の退職に伴い、任意継続へ世帯全員移行のため</b>

2 扶養申請対象者の今まで加入していた健康保険

<input type="checkbox"/>	国民健康保険組合	世帯主氏名		世帯主との続柄	
<input checked="" type="checkbox"/>	健康保険組合	被保険者氏名	<b>品川 太郎</b>	被保険者との続柄	<b>妻</b>
<input type="checkbox"/>	全国健康保険協会(協会けんぽ)	被保険者氏名		被保険者との続柄	
<input type="checkbox"/>	その他(共済組合など)	被保険者氏名		被保険者との続柄	

3 扶養申請対象者の現在の状況 ( )内の該当箇所に○をしてください。<>内に詳細をご記入ください。

<input type="checkbox"/>	学生 (大学・専門学校・予備校・その他 <> )		
<input checked="" type="checkbox"/>	働いている	就業開始日	<b>2017年8月1日</b>
<input type="checkbox"/>	退職した (雇用保険受給しない・延長する)	退職日	
<input type="checkbox"/>	雇用保険受給終了	受給満了日	
<input type="checkbox"/>	年金受給中 (老齢厚生年金・老齢基礎年金・遺族年金・障害年金・その他 <> )		
<input type="checkbox"/>	家事専念(子育て・介護等)		

4 被保険者・申請者の生計費について ※ 生計費とは、生きていくため(生活・暮らし)に必要な費用

		被保険者(月額)		申請対象者(月額)	
収入	給与	<b>0</b>	円	ご自身の収入(給与等)	<b>50,000</b> 円
	その他収入	<b>300,000</b>	円	ご自身の収入(年金等)	<b>0</b> 円
				被保険者からの援助額	<b>70,000</b> 円
				被保険者以外からの援助額	<b>0</b> 円
支出(必要生計費)	住居費(家賃・住宅ローン/世帯人員数)	<b>60,000</b>	円	住居費(家賃・住宅ローン/世帯人員数)	<b>60,000</b> 円
	食費	<b>30,000</b>	円	食費	<b>30,000</b> 円
	水道・光熱	<b>15,000</b>	円	水道・光熱	<b>15,000</b> 円
	通信費	<b>5,000</b>	円	通信費	<b>5,000</b> 円
	医療費	<b>5,000</b>	円	医療費	<b>5,000</b> 円
	自動車関係費	<b>15,000</b>	円	教養娯楽費	<b>5,000</b> 円
	合計	<b>130,000</b>	円	合計	<b>120,000</b> 円

5 下記の事項を必ず確認し、 にチェックしてください。

<input checked="" type="checkbox"/>	対象者の年間収入が被保険者の収入の1/2を超過する見込みもしくは、130万円(60歳以上又は障害者は180万円)を超過する見込みの場合、「 <input type="checkbox"/> 」に「健康保険証」を添付し提出します。
<input checked="" type="checkbox"/>	「雇用保険」には、5日以内に「被扶養者(異動)届」に「健康保険証」を添付し届出します。
<input checked="" type="checkbox"/>	扶養削除手続きが遅延した場合は「事由発生日」に遡り、扶養削除となる事に対し、異議申し立てしません。
<input checked="" type="checkbox"/>	対象者が、削除事由発生日後にローソン健康保険組合の健康保険証を使用した時は、その医療費を全額返納します。

上記の記載事項に相違いないことを誓約し、申請いたします。

日付の記入漏れにご注意ください

事業主

Blank box for business owner signature.

被保険者氏名

2019 年 4 月 2 日

品川 太郎

※提出いただいた個人情報については、健康保険組合で厳重に管理し、適用・給付業務以外での使用は一切いたしません。