

扶養状況届(夫婦共同扶養時の子の申請)

- ① 先ず必要事項を漏れなく記載して健保組合宛にFAXしてください(03-5759-5943)
- ② FAX受診後健保から認定の可否と必要書類を案内します。
- ③ 「年間収入」は、今後の収入を言います。

①申請者	記号番号	—	連絡先		年間収入	
	氏名		生年月日	昭和・平成	年	月 日

②認定対象者	氏名		生年月日	平成・令和	年	月 日(才)
	現住所	〒 —	(同居・別居)			
	現在加入の健康保険	国民健康保険・社会保険・健康保険組合・無保険・任意継続保険・				
	認定希望日	令和 年 月 日				

③配偶者	氏名		生年月日	昭和・平成	年	月 日(才)
	現住所	〒 —	(同居・別居)			
	認定希望日時の加入健康保険	国民健康保険・社会保険・健康保険組合・無保険・任意継続保険・				
	令和 年度年間収入					
	令和 年度年間収入見込額※					
	扶養が外れた時の扶養手当の有無について	有 ・ 無				

※被用者保険加入である場合……年間収入

※国民健康保険の被保険者である場合……直近年間所得で見込んだ年間収入

④ 扶養申請することになった理由について(該当する番号に○を付し、具体的な経緯をお書きください)

【具体的な経緯】 _____

⑤ 認定対象者を税務上の扶養親族として事業所に申告し、家族手当が支給されていますか?

イ 年 月から申告している 口申告していない【理由】(_____)
 ハ 家族手当 年 月から支給 ニ 家族手当支給なし ホ 配偶者に支給されているため支給なし

以上の通り事実に相違ないことを申告します。

扶養認定後、記載事項に偽りがあり、本来被扶養者になれない者であることが判明した場合は、遡って医療費を返還します。

_____ 年 月 日 申請者(被保険者本人)の署名 _____)
 夫婦間収入差額の確認(_____)
 上記の通り確認いたしました。

事業所所在地
 事業所名
 事業主