

平成 年 月 日

健康保険被扶養者認定申請書

昭和シェル健康保険組合理事長 殿

勤務事業所名	
部課名	内線

(申請者) 被保険者	(記号)	氏名	印	(電話番号)
	(番号)	住所		(郵便番号)

下記のとおり私が主として生計を維持する者でありますので健康保険法第1条の規定にもとづく被扶養者として認定下されたく申請いたします。

(1) 認定対象者	氏名	男・女	生年月日	明大昭	年 月 日	続柄	
	住所	(電話番号)					

(2) (1)の者の申請前の勤務状況	会社名/学校名	会社所在地
	退職年月日	年 月 日

(3) 認定対象者の収入状況		有 り	無 し
収入の種類	月収金額	収入の種類	月収金額
勤労所得 ()	円	不動産収入 ()	円
雇用 (失業) 保険金 (受給期限 年 月)	円	自家営業 ()	円
年金 (老齢・遺族・障害)	円	農業所得 (耕作面積)	円
企業年金 (年 月迄)	円	配当金・預貯金利子(税引き)収入等	円
恩 給 ()	円	その他 ()	円

() 内に例えば勤労所得(年 月よりパートタイマー)、不動産収入(アパート経営)と具体的に記入のこと。

(4) 認定対象者の住民税	有り (年度分)	円	無し
(5) 認定対象者が今まで加入されていた社会保険	(イ) 政府・組合健康保険 喪失 年 月 日	(ロ) 国民健康保険 喪失 年 月 日	(ハ) その他 () 喪失 年 月 日

注) (1)~(5)は(1)の認定を受けようとする認定対象者について記入し、(6)~(9)は申請者即ち被保険者について記入のこと。
(3)(4)(7)(9)欄の有り、無しには該当する方に 印を記入のこと。
16歳未満の方は提出の必要はありません。

(6) **あなたが扶養することになった理由** (具体的に詳しく記入してください)

(年 月 日より)

(7) **この届を提出する前に扶養していた者の有無** 有 り (氏名) 無 し

(扶養しなくなった理由)

(8) **親族構成 (同居・別居を問わず、あなた以外の親、兄弟、姉妹等全てについて記入のこと)**

氏名	続柄	年齢	職業	勤務先	月収	現住所
					円	
					円	
					円	
					円	
					円	
					円	

(9) **現在の収入と生活費について**

あなたの年間所得 円 (月収 円)
 (年間所得は最近一年間における勤労所得、年金、不動産収入(間貸し・アパート・貸地等)の合計を記入のこと)


1ヵ月当りの所要生活費(概算) 円 (家族 名)

被扶養者となる者への生計費に対する援助額 全額(月額 円) 一部(月額 円)

上記生計費における兄弟・姉妹 有り(氏名)より 円 無し
 その他からの援助額(月額)

(10) **添付書類 (内にレ印のもの)**

続柄・扶養義務関係	収入・生計依存関係	同居・別居・関係
(1) 戸籍謄本 (2) 戸籍抄本 (3) 結婚証明 (4) 出産証明 (5) 医師の証明 (6) 身体障害者手帳の写 (7) その他 (兄弟等の扶養証明)	(1) 給与所得源泉徴収票 (2) 離職(退職)証明 (3) 在学証明 (4) 課税証明 (5) 非課税証明 (6) 年金・恩給裁定通知 (7) 事業税確定申告書 (8) 耕作面積証明 (9) 生活費送金証明	(10) 雇用保険関係証明 (4) 被保険者離職票 (0) 受給資格者証 (ハ) 受給期間延長通知書 (ニ) 失業給付終 (11) 本人の口述書 (12) 削除指導文書 (国民保険他社会保険加入者が削除指導された方)
		(1) 住民票 (2) その他

上記の記載内容に相違ありません 平成 年 月 日 申請者署名 	事業主の証明 (で囲む)	
	源泉徴収(税金)の 扶養控除対象	該当 不該当 (年 月より) (理由)
	この届について事実と相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 