【事前に健保組合まで、ご相談下さい】

夫・兄・弟・姉・妹：申立書フォーム③

年　　月　　日

申　立　書

日新電機健康保険組合理事長　殿

被保険者名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（印）

私の（続柄）＿＿＿＿（名前）＿＿＿＿を私の健康保険の被扶養者として認定していただきたく、ここに申し立て致します。対象者の扶養の状況、就労状態は下記のとおりです。

尚、被扶養者として認定を受けることができました後に、私との扶養関係に異動が生じた場合は、速やかにその旨を健康保険組合に届け出て、被扶養者資格喪失の手続きをいたしますことをここに誓約します。

記

＜該当するものに〇印をつけ、質問事項があるものについては記入し、■必要書類を添付下さい＞

①　同居・別居の状態　　イ）同居　　ロ）別居　（仕送り額：　　円／月）

■必要書類「住民票コピー」　■↑必要書類「仕送りの確証」

②就労の状態　　通帳ｺﾋﾟｰ等３ヵ月分以上(該当部分がわかるように)

1）学生である　　**■必要書類「在学証明書コピー」または「有効期限の記載された学生証コピー」**

種別：　イ）大学　（短大　・　４年生大学　＜　　回生＞　・大学院　）

ロ）専門学校　　（　昼間　　・　夜間　）

ハ）予備校　　目的（大学受験　・　公務員試験　・

資格試験　＜資格名：　　＞）

費用：　上記の就学のための費用は、誰が負担されていますか　（　　）

2）無　職である

理由：　イ）病気療養中のため就労不能

主治医は治癒時期をいつ頃としていますか＜　不明　・　　年　　月頃＞

ロ）障害者であるため就労できていない

■必要書類「障害年金手帳ｺﾋﾟｰ」又は「障害者手帳ｺﾋﾟｰ」又は「療養手帳ｺﾋﾟｰ」

ハ）その他

なぜ、被保険者が扶養しないといけないのか、の理由を具体的に記入下さい。

＜家族だから、ということは理由にはなりません＞

3）アルバイトに従事している。年収は１３０万円未満である

→　・いつ頃までこの状態が続きますか　　年　　月迄

・今後の予定（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

4）障害者就労支援に従事している。

③対象者の現在の収入

イ）無　収　入　**■必要書類「所得証明書コピー」**

【ただし、昨年度に高校を卒業した方および、昨年 1～12 月に収入がない学生は不要

その場合は右に〇を記入→（　　）】

ロ）アルバイト・就労支援等収入　年額・月額　＿＿＿＿円　＿＿時間／１日　＿＿日／1ヵ月

■必要書類「所得証明書コピー」および「直近３か月の給与明細コピー」

給与明細の月平均が 10.8 万円(60 才以上と障害者は 15 万円）以上の場合は【1 月～12 月の年収見込額証明書(写)】も添付

※昨年度に高校を卒業した方は、所得証明書は不要【その場合は右に年月を記入→　　年　　月卒業】

ハ）年金収入　　年額・月額　＿＿＿＿円

■必要書類「直近の年金振込通知書のコピー」