

扶養状況等申立書

所属所名	組合員記号・番号	組合員氏名	認定対象者氏名	組合員との続柄
〇〇市	〇〇〇〇－〇〇〇〇	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇	配偶者

※下記の設問について、該当する番号を○で囲んでください。また、2から4までについては回答に応じて右欄も記入してください。

1. 認定対象者の方が今まで加入していた、又は現在加入している医療保険等について		4. 認定対象者の方の配偶者の状況又は認定対象者の方が子の場合、あなたの配偶者の状況	
1. 国民健康保険	4. 当共済組合の被保険者・被扶養者	1. [同時に申請中 ・ 既に認定中]	
2. ② ① ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺	5. 任意継続保険	2. ② ① ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺	
3. ② ① ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺	6. 無保険	3. ② ① ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺	
2. 雇用保険の失業給付について ※今回の申告理由が退職又は失業給付受給終了の方のみ記入		4. ② ① ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺	
1. 未加入	5. 受給延長予定または延長中	5. 認定対象者の方があなたと別居している場合 ※同居の場合は、記入不要	
2. 受給中	6. 受給放棄	・ 仕送り額 [毎月 円] ※仕送り額の条件は欄外をご覧ください	
3. ③ ① ② ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺	7. 加入期間不足	・ 仕送り方法 ア. 銀行振込 イ. 郵便振込 ウ. その他 []	
4. 受給終了[支給期間終了日： 年 月 日]		6. 組合員が扶養しなければならない理由 ※具体的に記入してください	
3. 認定対象者の方の年間収入について ※収入の有無を選択し、収入がある場合、年額(見込)を記入		【例】・退職により収入がなくなり、私が生計を維持しているため。	
1. 給与収入	1. 有 雇用形態	(年額)	円
	2. ② ① ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺	退職年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
2. 年金収入	1. 有 年金の種類	老齢・障害・遺族	(年額) 円
	2. ② ① ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺	受給権なし・未請求・請求中 (年額) 円	
3. 事業等収入	1. 有 事業等の種類	(年額)	円
	2. ② ① ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺	廃業等年月日	年 月 日
4. その他の収入	1. 有 収入の種類	(年額)	円
	2. ② ① ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺		

※当共済組合間の扶養変更の場合、提出不要です。
 ※仕送り額は認定対象者の方が1人で配偶者がいない場合は毎月5万円以上、認定対象者の方が1人で配偶者がいる場合又は認定対象者の方が2人以上の場合は、毎月5万円以上かつ世帯合算年収の3分の1を12ヶ月で除して得た額が5万円を上回る場合はその金額以上の仕送りが条件となります。
 ※仕送り額を確認できる書類を必ず添付してください。仕送りの手渡しは原則として認められません。