被扶養者状況届出書

被保険者氏名	印	被保険者証 記号番号	ー

申請する被扶養者について

氏名		現住所	

今まで加入していた医療保険（該当する番号に〇を付けてください）

① 協会けんぽ　② 組合健康保険　③ 国民健康保険　④ 共済組合　⑤その他（　　）

扶養すべき理由：他に扶養すべき者はいないか等、申請の理由・経過を具体的・詳細に記入してください。

今までの生活費について（該当する番号に〇を付けて、下線部分に記入してください）

1．自分で働いて生活していた。　退職日 平成　　年　　月　　日

2．雇用保険を受給していた。

3．年金等で生活していた。　年金の種類　　年額　　円

4．　　に扶養されていた　　年　　月まで

5．　その他

申請する被扶養者が以前働いていた場合、該当する番号に〇を付けてください。

雇用保険は　① 受給中（する予定）　② 受給終了　③ 受給延長　④ 受給権を放棄する（受給しない）

⑤ 非加入だった

現在の生活費について（該当する番号に〇を付けて、氏名と月額を記入してください）

1．被保険者が全面的に負担している。　月額　　千円

2．被保険者が一部負担している。　月額　　千円

被保険者以外の者の負担状況。　氏名　月額　　千円

氏名　月額　　千円

氏名　月額　　千円

家族構成：同居・別居を含め、本人・兄弟姉妹等全員について記入してください。

氏名	続柄	年令	性別	区別	
略（被保険者）	本人		男・女		
略（申請の被扶養者）			男・女	同居・別居	
			男・女	同居・別居	
			男・女	同居・別居	
			男・女	同居・別居	

注意　被保険者と別居している場合は、送金等の事実を証明する資料を添付してください。手渡し等で証明がない場合は、認定できない場合があります。

事実と相違することを記載した場合には認定を取り消し、保険給付の返還を求めることがあります。