

[様式：資第23号]

記入例

扶養事実の申立書

エヌ・ティ・ティ健康保険組合理事長殿

以下に記載した事項は事実と相違ありません。

被保険者（申請者）氏名	対象者コード	事業所名・担当名（住所）
① 健保 太郎	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7	② 事務センタ 資格担当

認定対象者氏名	生年月日	年齢	被保険者との続柄
③ 健保 ハナ	昭平 16年 10月 10日	66 歳	母

【全項目について回答してください。】

質問事項	あなたの回答 (該当するものの□にチェックし、必要事項を記入してください。)
Q1 ④ あなた自身が扶養することとなった理由は何ですか？	①あなた自身の理由によるもの <input type="checkbox"/> 入社 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> その他() ②認定対象者の理由によるもの <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給終了 <input type="checkbox"/> 自営業の廃業 <input type="checkbox"/> 高齢のため隠居 <input checked="" type="checkbox"/> その他(父の死亡による)
Q2 ⑤ あなたと共同して認定対象者を扶養している方はいますか？	<input type="checkbox"/> いない <input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 親 <input checked="" type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他() ※その方の収入状況 年額 300万円 ※仕送額 年額 20万円 (共同扶養者が認定対象者と別居の場合)
Q3 ⑥ 認定対象者の現在の状況と配偶者の有・無を教えてください。	①現在の状況 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 家事手伝い <input type="checkbox"/> 独学中 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 隠居 <input checked="" type="checkbox"/> その他(無職) ②配偶者の有無 <input checked="" type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (配偶者の収入は 年額 円)
Q4 ⑦ 認定対象者の保険加入状況を教えてください。	<input type="checkbox"/> 健保等の被保険者だった (健保名) <input type="checkbox"/> 任意継続被保険者だった <input type="checkbox"/> 他の者の被扶養だった (健保名) <input type="checkbox"/> 無保険である <input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険に加入しており、認定後脱退予定である
Q5 ⑧ 認定対象者の現在の収入状況を教えてください。	1. 給与・賃金収入(パート・アルバイト等)がある <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 月額 円 2. 公的年金収入(障害年金)がある <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年額 円 3. 公的年金収入(遺族年金)がある <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年額 円 4. 公的年金収入(上記以外)がある <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 年額 200,000円 5. 事業収入(不動産、農業等含む)がある <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 年額 500,000円 6. 利子・配当収入がある <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年額 円 7. 傷病手当金の受給がある <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (受給中・申請中) 基本手当日額 円 8. 雇用保険の受給資格がある <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (受給中・申請中) 基本手当日額 円 9. 上記以外の収入がある <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年額 円 内容 ()

【認定対象者があなたと別居している場合に記入してください。】

Q6 ⑨ 認定対象者への仕送額を記入してください。	毎月 5万円 × 12回 = 60万円 年間仕送総額 ボーナス 10万円 × 2回 = 20万円 80万円
---------------------------	--

【上記以外に申立事項がありましたら記入してください。】

--

- ① 被保険者もしくは任意継続被保険者の氏名を記入する。
- ② 被保険者は事業所名を記入する。
- ③ 認定対象者の氏名・生年月日・年齢・被保険者との続柄を記入する。
- ④～⑧ 該当するものの□にチェックし、必要事項を記入する。
- ⑨ 認定対象者が被保険者と別居である場合は記入する。