

被扶養者認定申立書

フジクラ健康保険組合 殿

家族の状況を以下のとおり申し立ていたしますので、被扶養者として認定して頂きたくお願い申し上げます。

保 険 証 記 号 ・ 番 号 _____

被 保 険 者 氏 名 _____

《扶養申請対象者の氏名》

氏名： _____ (続柄) _____) 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

《扶養申請対象者の状況》

◆ 直近の卒業もしくは退職状況について

_____ 年 _____ 月 _____ 日 (卒業 ・ 退職)

◆ 上記から現在までの詳しい状況について

◆ 現在就労できない理由の詳細 [病気療養中、障害、就職活動中、資格取得勉強中 (学生除く) 等]

◆ 今後の状況についての見込み [いつ頃からアルバイトをする予定・就職する予定等]

◆ 年金、傷病手当金、雇用保険給付等を受給できる状況であっても受給をしていない理由

(裏面も記入)

◆扶養申請対象者の生計費（水光熱費、食費、衣料費、通信費、医療費等）の負担割合について
（毎月誰が、何の費用を、いくら負担しているか具体的に記述）※成人のみ

（ ）は続柄を記入	支払っている生計費の内訳、金額
扶養申請対象者本人が支払（本人の年金、預貯金、その他収入から本人が支払っているもの）	
被保険者	
被保険者以外の同居家族 （ ）	
被保険者以外の同居家族 （ ）	
被保険者以外の別居家族 （ ）	
被保険者以外の別居家族 （ ）	

◆扶養申請対象者の生計費負担をしていない親族がいる場合、負担していない理由（学生を除く）

本申立書の内容は事実と相違ありません。また扶養認定となった後、扶養状況に変更が生じた場合は、貴組合に報告し、速やかに扶養削除の手続きをとることを誓約します。

年 月 日

被保険者・住所

住 所

被 保 険 者

印