扶 養 者 状 況 届A

記号 - 番号	事業所名	所属	被保険者氏名(自署)
－			

【今回申請する認定対象者】

氏名:	続柄:	年齢:	被保険者との世帯: □同居 □別居
現在まで加入していた医療保険の名称			
父母等が認定対象の場合	□有→(配偶者１ヶ月あたりの収入額　約　　円／月)		
↳ 配偶者の有無	□無→(□未婚□死亡□離婚□その他 (　　)		
＜扶養する理由を詳しく記入してください＞			

【申請する認定対象者の収入状況】　対象者の収入状況について、**該当するすべての欄**にご記入ください

収入の種類		金額または受給の有無
年金収入	1.□受給有り　【該当する種類すべてに☑してください】 □老齢基礎年金(国民年金)　□老齢厚生年金(厚生年金) □退職共済年金　□厚生年金基金　□遺族基礎年金 □遺族厚生年金　□遺族共済年金　□障害基礎年金 □障害厚生年金　□障害共済年金 □その他の年金(　　) 2.□受給なし	年金の合計金額 円／月
利子・賃貸	1.□配当利子　2.□不動産収入　3.□なし	約　　円／月額
その他の収入	1.□給与収入　2.□事業所得 3.□その他　4.□なし	約　　円／月額
雇用保険	1.□受給有り　(　　年　　月　　日まで) 2.□延長申請　3.□受給なし	約　　円／月額

【別居の場合の送金状況】

送金方法	1.□銀行または郵便局　2.□現金書留
送金	月額　約　　円

● 送金相手のわかる銀行振込控え、現金書留控え、通帳のコピーが必要です。※手渡し不可

【別居の場合の被保険者との生計維持関係の状況】

生計費の内訳		負担月額
①被保険者の負担月額(送金金額を記入)		約　　円／月額
②認定対象者の負担月額		約　　円／月額
③その他の負担者氏名	続柄	負担月額
		約　　円／月額
		約　　円／月額

上記の申請内容に相違ありません。 なお、届出の要件が事実と相違があった場合は、本届出の要件と事実が相違した日にさかのぼって被扶養者の認定を取り消すことにたいし、一切の異議は申し立ていたしません。
また、その間組合が支給した医療費及び給付金のすべてを返還いたします。

令和　　年　　月　　日　　被保険者氏名(自署):