

扶養者状況届 B

※18歳未満の学生または未就学児用

申請日： 令和 ○ 年 3 月 25 日

保険証の記号番号		氏名	所属部署名
記号 100	番号 600	健康 はな	(株) タムラ製作所 ○○事業所
個人番号 (記号・番号がわからない場合はマイナンバーを記入)			

1. 今回申請するご家族の氏名と現在の状況について ※18歳未満の学生または未就学児

氏名	年齢	続柄	居住区分
健康 さくら	7 歳	長女	<small>どちらか選択してください</small> <input checked="" type="radio"/> 被保険者と同居 <input type="radio"/> 被保険者と別居 <small>※5.を回答してください</small>
健康 はる	5 歳	次女	<small>どちらか選択してください</small> <input checked="" type="radio"/> 被保険者と同居 <input type="radio"/> 被保険者と別居 <small>※5.を回答してください</small>
	歳		<small>どちらか選択してください</small> <input type="radio"/> 被保険者と同居 <input type="radio"/> 被保険者と別居 <small>※5.を回答してください</small>
	歳		<small>どちらか選択してください</small> <input type="radio"/> 被保険者と同居 <input type="radio"/> 被保険者と別居 <small>※5.を回答してください</small>

2. 今回申請するご家族が今まで加入していた健康保険について記入してください。

いずれか選択し、必要事項をご回答ください

国民健康保険に加入 (世帯主の氏名： 健保 剛)
 任意継続保険に加入 (被保険者(本人) 被扶養者(家族))
 健康保険組合・共済組合等に参加 (被保険者(本人) 被扶養者(家族))
 健康保険未加入 (令和 年 月 から未加入)
 ※ 自治体から子ども・ひとり親・障害者等の医療費助成を受けている はい いいえ

3. 今回申請するご家族を扶養することになった理由について

いずれか選択し、必要事項をご回答ください

被保険者が入社・雇用契約変更などによりタムラ製作所健康保険組合に加入したため
 配偶者の就労、収入状況が変化したため
 配偶者と離婚したため
 その他 (上記以外の場合は申請する理由を詳しく記入してください)

4. 配偶者がお子様を扶養にすることができない理由について

いずれか選択し、必要事項をご回答ください

被保険者より収入が少ない 配偶者年収： 万円 ①
 【注】お子様の扶養義務は両親の双方にあります。原則、年収の多い方の被扶養者となります。
 配偶者がいない 離婚 死別 未婚
 離婚・死別の日付 (令和○ 年 3 月 10 日)
 養育費の受領について 受けている 受けていない
 養育費を受けている場合 年間の養育費： 180 万円
 その他 (上記以外の場合は申請する理由を詳しく記入してください)

○囲みの数字は、「提出書類一覧」と対応しています。

扶養者状況届 B-2

5. 今回申請するご家族の居住場所について「被保険者と別居」とお答えの方のみお答えください

(1) 別居の理由についていずれか選択してください <input type="radio"/> 単身赴任 (⇒ (2) (3) をご記入ください) <input type="radio"/> 学校通学 (⇒ (2) (3) をご記入ください) <input type="radio"/> その他 (⇒ (2) (3) をご記入ください)
(2) 別居先のご住所を記入してください(建物の名称、部屋番号も記入してください) 〒 TEL
(3) あなたからの仕送りについて記入してください ・ 仕送り対象者の人数 <input type="radio"/> 1人 <input type="radio"/> 2人 <input type="radio"/> 3人以上 ・ 仕送り金額 ⑰ 認定対象者の仕送り額を記入 毎月 円

誓約書

今回被扶養者として申請する者の内容に虚偽がないことを申告いたします。 申告後、被扶養者の届出の要件が事実と相違があった場合は、速やかに異動手続きを行います。 健保組合への報告義務を怠った場合や本申告が事実と相違していることが判明した場合には、遡って(事実が発生した日または認定取消)被扶養者資格の取消し及び健保組合が負担した医療費や給付金を当該期間全てにわたり返還することを誓約いたします。
令和 ○ 年 4 月 5 日
タムラ製作所健康保険組合 理事長殿
被保険者氏名 <u>健康 はな</u>

受 付 印