

生 計 維 持 申 立 書

1. 被保険者（申請者）についてご記入及び該当するものにチェックして下さい。

記号 番号	〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		氏 名	住友 太郎
配 偶 者 の 有 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 配偶者に収入がある ⇒ 収入（月額）： 〇〇万 円 <input type="checkbox"/> 配偶者に収入がない ⇒ 理由（ ）		
	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 死別（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> その他（ ）		

2. 被扶養者として申請する家族（認定対象者）についてご記入及び該当するものにチェックして下さい。

氏 名		続柄	年齢	職 業	今後 1 年間の収入見込額(税金控除前)
住友 正子		母	〇〇	無職	〇〇万 円
認定対象者が今まで加入 していた健康保険の名称		全国健康保険協会（ ） 支部 （ ） 健康保険組合 （ 〇〇 ） 市・区・町・村 国民健康保険			
お 住 ま い の 状 況 に つ い て	同 居 ・ 別 居 の 別	<input type="checkbox"/> 被保険者と同一世帯に同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	住 居 形 態	<input type="checkbox"/> 持ち家（所有者氏名： 対象者からみた続柄： ） <input checked="" type="checkbox"/> 借 家（契約者氏名： 住友 正子 対象者からみた続柄： 本人 ）			
別居の場合 対象者の住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 TEL 〇9 （ 8765 ） 4321 〇〇市〇〇町〇-〇				

3. 被保険者が、認定対象者を扶養している実態（いつから、どのように）や、被保険者が扶養しなければならない事情（他の扶養義務者の状況等）を具体的にご記入下さい。

母は〇年〇月末付でパートを辞めました。以降年金収入のみとなり、私の仕送りにより生計を維持しております。私が小学生の頃、父とは離婚しており、経済的支援は受けていません。また私には妹がおりますが、母に経済的支援はしておりませんので、私の被扶養者として認定を申請致します。

4. 被保険者以外の扶養義務者についてご記入ください。

※他に扶養義務者がいない場合は氏名欄に「なし」と記入。続柄は認定対象者からみた続柄を記入。

氏 名	続柄	年齢	認定対象者と	収入（月額）	認定対象者への援助の状況
健保 花子	長女	〇〇	同居・別居	0 円	有（ 円/月） 無
			同居・別居	円	有（ 円/月） 無
			同居・別居	円	有（ 円/月） 無
			同居・別居	円	有（ 円/月） 無

5. 認定対象者の世帯の生活費についてご記入下さい。

※認定対象者と生計を共にする世帯全体の毎月の生活費をご記入ください。

生活費（住居費含む）	月額：約 〇〇万 円
上記生活費の負担状況	<p>●被保険者 約 〇 割程度</p> <p>●認定対象者 約 〇 割程度</p> <p>●その他の負担者 約 〇 割程度</p> <p>（負担者氏名： 対象者からみた続柄： ）</p>
別居の場合の仕送り額	月額：約 〇〇万 円 ⇒ ※仕送り額が分かる書類のコピーが必要です

上記のとおり、認定対象者は主として私の収入により、生計を維持していることを申し立てます。

なお、事実と相違していた場合は、被扶養者の認定を遡って取り消され、保険給付費等を返還することに異議ありません。また、認定基準から外れる状況になった場合は、ただちに扶養削除の届出を致します。

〇〇年 〇〇月 〇〇日 被保険者 住所 東京都新宿区〇〇町〇－〇

氏名 住友 太郎

住友不動産ステップ健康保険組合 理事長殿 電話 12 （ 3456 ） 7890

（注） この申立書は、被扶養者の認定以外の目的では使用いたしません。

虚偽の記載があった場合は、健康保険法第217条により罰せられます。

この申立書により扶養の事実を確認できない場合は、適宜書類の提出を求めることがあります。